

Sammendrag av masteroppgaven:

Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) i Norge har helt siden den spede begynnelsen på 1950-tallet hatt en tverrfaglig tilnærming til sine pasienter. Som en viktig del av det tverrfaglige teamet i BUP poliklinikk, har pedagoggruppen vært en viktig bidragsyter. Dette er unikt på verdensbasis, og det er kun i Storbritannia at det finnes kliniske pedagoger foruten Norge. Det er likevel kun Norge som har kliniske pedagoger og spesialister i klinisk pedagogikk som driver utredning og behandling av pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien. Slik har det vært siden starten av BUP i Norge ved Nic Waals Institutt.

Poliklinikkveilederen (utgitt av Helsedirektoratet i 2008) setter krav til tverrfaglighet i BUP poliklinikk, og tilføyer følgende utredningskrav:

«Utredningen må ha et familie-, mestrings- og utviklingsperspektiv, og dekke vesentlige psykologiske, pedagogiske, medisinske og sosiale forhold i barnets/ungdommens liv.»
(s.28/29)

Dette forskningsprosjektet er en kvantitativ studie som undersøker hvilke arbeidsoppgaver pedagoggruppen har for å ivareta det tverrfaglige mandatet BUP har, beskrevet i poliklinikkveilederen. Med informanter fordelt på ulike poliklinikker utover hele landet, ble det særlig gjort funn på 7 arbeidsoppgaver som kunne defineres som typiske «pedagogoppgaver». I tillegg er det andre oppgaver hvor pedagoggruppen gjør et viktig bidrag, selv om dette er oppgaver pedagoggruppen ikke gjør mest av.

Når poliklinikkveilederen setter krav til tverrfaglighet, er det nødvendig at det tverrfaglige teamet samhandler. Denne studien presenterer både teori i forhold til grunnlaget for tverrfaglighet generelt, grunnlaget for tverrfaglighet i BUP og teori på god tverrfaglig samhandling. Det ble dessuten gjort en undersøkelse blant informantene om holdninger til pedagoggruppen av de øvrige faggruppene, samt en undersøkelse på pedagoggruppens holdninger til de øvrige faggruppene. I samme spørreundersøkelse ble det kartlagt hva informantene mente om nødvendigheten av å ha pedagoggruppen i BUP.

Det ble gjort funn av gode holdninger i studien, generelt sett. Samtidig ble det gjort funn av at informantene er mer uenig i formeningen om nødvendigheten av pedagoggruppen som bidragsyter innad i BUP, men flertallet har en forståelse av pedagoggruppen som en bidragsyter som fortsatt bør være en del av det tverrfaglige teamet i BUP.

Dette masterprosjektet, som jeg heretter kaller forskningsprosjektet, har vært et prosjekt som har vært tidkrevende, til tider gitt mye hjernetrim, men samtidig virkelig spennende å gjennomføre. Nå som prosjektet er ferdig, må jeg stå for det som presenteres av funn, teorier og drøftinger. I dette forordet til forskningsprosjektet ønsker jeg å trekke frem betydningsfulle personer, som jeg ikke hadde klart å være foruten ved gjennomføringen av prosjektet.

Først må jeg takke kona mi, Camilla Bølum Kjørstad, for en rekke oppgaver ved prosjektet. Siden hun også jobber i BUP, har hun vært min rådgiver, veileder, kritiker og min diskusjonspartner ved flere av temaene som tas opp i forskningsprosjektet. Hun er faglig dyktig, representerer en annen faggruppe i BUP og på den måten brakt inn viktige perspektiv som betyr mye for det ferdige resultatet. Hun har dessuten vært en viktig korrekturleser når det gjelder rettskriving, og har bistått med språkråd opptil flere ganger i prosessen. Det som jeg likevel er mest takknemlig for, er hennes tålmodighet for hele dette forskningsprosjektet og for den tid og ressurser det har okkupert. Til tider har hun vært mye alene med barna, og det er på høy tid med stor anerkjennelse for dette. Jeg håper dette forordet kan være med på det! Tusen takk, Camilla!

Møyfrid Breivik som er fagrådgiver i ledelsen ved BUP Klinikk St.Olavs Hospital, har vært en viktig støttespiller for meg i prosjektet, særlig i oppstartsfasen. Hun bidro med flere innspill i idémyldringsfasen til prosjektet. Hun bidro med oversikt over noen av referansene i prosjektet, og hjalp til med å knytte viktige kontakter for å kunne nå ut med spørreundersøkelsen. Tusen takk skal du ha!

Morten Lundgren har helt i starten av prosjektet vært en viktig støttespiller for meg. Morten er spesialist i klinisk pedagogikk ved BUP Klinikk St.Olavs Hospital og min veileder i den kliniske hverdagen. Han gav mange råd og fikk meg til å tenke nytt og kritisk vedrørende mine innfallsvinkler i utarbeidelsen av prosjektbeskrivelsen. Tusen takk skal du ha!

Når det gjelder de statistiske analysene i prosjektet, er det viktig å takke Per Frostad ved Pedagogisk Institutt, NTNU for god hjelp. Både gjennom forelesninger som gav meg mye ny kunnskap på feltet og ikke minst interesse for statistikk, men også gjennom personlig veiledning. Tusen takk skal du ha!

Tilslutt ønsker jeg å takke mine to veiledere Hanne Kristin Aas og Tove Herborg Steen-Olsen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for lærer- og tolkeutdanning. Hanne og Tove har gitt meg svar på mange spørsmål, lest gjennom manuskriptet flere ganger og kommentert rikelig. De har vært særlig viktig for oppbyggingen av oppgaven, men også vært viktig i forhold til endringer, finpussing og bearbeiding av manuskriptet. Tusen takk skal dere ha!

Thomas Bølum Kjørstad

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	1
Bakgrunn for oppgaven, forskningsspørsmål og problemstilling	1
Forskningsmetode	3
Oppbygning og avgrensning	3
Hvem kan ha nytte av forskningen?	4
Begrepsavklaring.....	4
Presentasjon av barne- og ungdomspsykiatrien og pedagoggruppen.....	5
BUP Norge i dag	5
BUP Norge og et historisk tilbakeblikk	8
Pedagoggruppen i dag	9
Pedagoggruppen og et historisk tilbakeblikk	10
Sammendrag av de innledende kapitlene	11
Teorien som danner grunnlaget for denne studien	12
Hvor kommer den tverrfaglige tilnærmingen fra?	12
Den utviklingsøkologiske modellen.....	12
Process-Person-Context-Time modellen.....	15
Det bio-psyko-sosiale vitenskapssynet.....	16
Tverrfaglig samhandling i BUP	17
Tidligere forskning og artikler om pedagoggruppen i BUP.....	19
Metode.....	21
Tverrsnittdesign i en kvantitativ forskningsmetode	21
Hvem er utvalget og populasjonen i spørreundersøkelsen.....	21
Utvalgsprosedyren.....	22
Måleinstrumentene og datainnsamlingsprosedyre	22
Reliabilitet, validitet og dimensjonalitet	23
Analyseredskap	25

Resultater og analyse.....	26
Deskriptiv statistikk om informantene og populasjonen.....	26
Resultater og analyser av undersøkelse om oppgavefordeling i BUP-teamet.....	29
Resultater og analyse på undersøkelse om holdninger.....	36
Komponentanalyser og reliabilitetsanalyser av datamaterialet angående holdninger.....	36
Signifikante forskjeller på holdninger til pedagoggruppen av de forskjellige faggruppene	40
Signifikante forskjeller på holdninger til de forskjellige faggruppene fra pedagoggruppen	41
Resultater og analyse på undersøkelsen om nødvendigheten av pedagoggruppen i BUP ...	42
Komponentanalyse av nødvendigheten og bruken av pedagoggruppen i BUP	42
Signifikante forskjeller på synet om hvor nødvendig pedagoggruppen er for BUP	43
Korrelasjon mellom nødvendighet av pedagoggruppen og holdning til pedagoggruppen	44
Oppsummerende drøfting.....	45
Pedagoggruppens arbeidsoppgaver	45
Holdning til pedagoggruppen.....	54
Nødvendigheten og bruken av pedagoggruppen i BUP	56
Pedagoggruppens bidrag til det tverrfaglige BUP.....	57
Avslutning	60
Referanser.....	61
Vedlegg til <i>Resultater og analyser</i> -kapittelet.....	65
Vedlegg 1	65
Vedlegg 2	73
Vedlegg 3	74
Vedlegg 4	75

Innledning

Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) i Norge har helt siden den spede begynnelsen på 1950-tallet hatt en tverrfaglig tilnærming til sine pasienter. BUP møter mange pasienter gjennom året, faktisk over 50 000 var i kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2012, tall som tilsvarer ca 5 % av den norske befolkningen under 18 år (Helsedirektoratet, 2014). Disse pasientene strever med psykiske og/eller nevrobiologiske tilstander¹, som viser seg både hjemme med familien, på skolen og på mange andre arenaer. Ganske ofte kan arenaene også ha noe av forklaringen til utvikling- eller forverring av symptomene pasientene har. Det er kanskje derfor BUP i Norge innehar flere faggrupper i den tverrfaglige tilnærmingen til pasientene, enn hva de fleste andre land i verden har. På verdensbasis er det mest vanlig at et tverrfaglig team i BUP består bare av psykologer og leger som samarbeider om utredning og behandling. En av disse unike faggruppene i BUP Norge er pedagoggruppa som består av spesialpedagogene og spesialistene i klinisk pedagogikk.

Bakgrunn for oppgaven, forskningsspørsmål og problemstilling

I denne studien vil jeg gå inn på funksjon og arbeidsoppgaver til både spesialpedagogen og spesialisten i klinisk pedagogikk som jobber i BUP poliklinikk. Selv er jeg spesialpedagog som jobber ved en poliklinikk i BUP Trondheim. Fordi BUP stadig er under forandring, og det ofte diskuteres hvilke faggrupper som er naturlig å ha med i Barne- og ungdomspsykiatrien – er det nødvendig å bringe forskning inn i diskusjonene. Ved den poliklinikken jeg jobber har vi et godt sosialt miljø, og jeg opplever at de andre poliklinikkene ved samme helseforetak også har gode sosiale miljøer blant sine ansatte. Likevel merkes det at det finnes en rivalisering mellom profesjonene innad i BUP klinikken. Først og fremst er nok dette fordi man opplever stress og mas i jobb-hverdagen og man skulle ønske det var flere i samme faggruppe som kunne hjelpe til med byrden – nettopp fordi en del oppgaver fordeles ut ifra hvilken profesjon som er nødvendig til oppgavene. Dette kommer jeg tilbake til i teori-kapittelet. Selv om jeg jobber i BUP som spesialpedagog og sånn sett har et personlig engasjement til at pedagog-gruppen skal bestå i BUP, er min hensikt at data, analyser og resultater fra spørreundersøkelse skal representere bredden og dybden på hva et utvalg av

¹ Nevrobiologiske tilstander kan være for eksempel ADHD, Tourettes syndrom, Autismespekterlidelser for å nevne noen.

informanter i BUP Norge mener om saken. Det er med dette utgangspunktet følgende problemstilling ble utarbeidet for denne studien:

Hvilken funksjon har pedagoggruppen i BUP poliklinikk som kan ivareta BUP sin tverrfaglige tilnærming til sine pasienter?

Med begrepet funksjon mener jeg nødvendige arbeidsoppgaver pedagoggruppen har, samtidig som jeg ønsker å undersøke hvilken betydning pedagoggruppen og dens arbeidsoppgaver har i forhold til de andre i det tverrfaglige teamet.

Problemstillingen tar for seg pedagoggruppen i BUP poliklinikk, derfor er informantene i dette forskningsprosjektet alle de kliniske ansatte i poliklinikkene. Med kliniske ansatte mener jeg de ansatte som utfører klinisk arbeid. Klinisk arbeid betyr å være i direkte kontakt med pasientene. Grunnen til at alle de kliniske ansatte blir gode informanter i en spørreundersøkelse om pedagoggruppen, er fordi de kliniske ansatte jobber sammen i team og må derfor samarbeide. Ved samarbeid blir man godt kjent med hverandre som kollegaer, men man blir også kjent med hverandres fagprofesjoner og holdninger som kan være typiske for de ulike faggruppene. For å svare på problemstillingen i dette forskningsprosjektet, har jeg brutt den ned til mer avgrensede forskningsspørsmål:

- Hvilke arbeidsoppgaver er typiske for pedagoggruppen?
- Hvilke arbeidsoppgaver gjør pedagoggruppen som egentlig er typiske oppgaver for andre faggrupper?
- Hvilke arbeidsoppgaver gjør andre faggrupper som egentlig er typiske oppgaver for pedagoggruppen?
- Hvilke holdninger har de andre faggruppene til pedagoggruppen i BUP poliklinikker rundt omkring i Norge?
- Hvilke holdninger har pedagoggruppen i BUP poliklinikker i Norge til de andre kliniske ansatte?
- Hvor nødvendig mener de kliniske ansatte i BUP poliklinikker i Norge at pedagoggruppen er i det kliniske arbeidet i BUP?

De nødvendige arbeidsoppgavene pedagoggruppen har, og for så vidt også de andre faggruppene, for å ivareta den tverrfaglige tilnærmingen BUP skal ha, er det både pedagoggruppen selv og de andre faggruppene som belyser i undersøkelsen. Nødvendigheten av å ha spesialpedagog og spesialist i klinisk pedagogikk i teamet ved BUP poliklinikk, blir

også belyst av de selv og de andre faggruppene. Når det gjelder holdningen til pedagoggruppen, er det kun de andre faggruppene som belyser dette i undersøkelsen og ikke pedagoggruppen selv. Riktignok har jeg også latt pedagoggruppen få svare på holdningene sine, motsatt vei, vedrørende de andre faggruppene i undersøkelsen. Dette for å se på om rivaliseringen mellom profesjonene påvirker holdningen til spesialpedagogen og spesialisten i klinisk pedagogikk hos de andre yrkesgruppene, og motsatt. Problemstillingen nevner BUP som en tverrfaglig helsehjelp rettet mot barn og unge, noe mandatet fra styresmaktene anbefaler BUP å være (se avsnittet om *BUP Norge og et historisk tilbakeblikk* på side 8). I enkelte poliklinikker kan de ansatte jobbe mer flerfaglig enn tverrfaglig, noe som kan gi konsekvenser for kvaliteten i samarbeidet.

Forskningsmetode

Problemstillingen og forskningsspørsmålene setter krav til kvantitative data. Dette kan best løses ved en spørreundersøkelse som er rettet mot ansatte i BUP poliklinikker over hele landet. Det er en fordel om et utvalg av informanter kan representere et syn på pedagoggruppens arbeidsoppgaver og funksjon i BUP, eventuelt en forsiktig generalisering. Jeg vil her gjøre et tverrsnitt av det som finnes av meninger, erfaringer og holdninger i 2014 om spesialpedagogene og spesialistene i klinisk pedagogikk sin praksis i de ulike poliklinikkene i landet. Det vil da også være mulig å se om det finnes ulikheter og likheter mellom faggruppenes syn med tanke på problemstillingen. Forskningsmetoden blir enda grundigere gått gjennom i kapittelet om *Metode* på side 21.

Oppbygning og avgrensning

I studien vil jeg presentere Barne- og ungdomspsykiatrien, spesialpedagogen og spesialisten i klinisk pedagogikk sett ut fra et historisk perspektiv og hvilke mandat som finnes beskrevet fra Helsedirektoratet (jfr Helsedirektoratet, 2008). Videre vil jeg prøve å beskrive en tverrfaglig tilnærming ut fra et teoretisk perspektiv. Dette gir grunnlag for å sjekke ut funksjonen til spesialpedagogen og spesialisten i klinisk pedagogikk i BUP poliklinikk, for å ivareta den tverrfaglige tilnærmingen – altså selve forskningsdelen. Deretter presenteres funn som analyseres og drøftes, som bringer fram nye spørsmål og også forhåpentligvis noen påstander som kan bidra inn i diskusjonene om BUP sin faglige sammensetning. Det blir derfor en oppsummerende drøfting tilslutt for å belyse funnene i denne masteroppgaven.

En naturlig avgrensning i forskningen er å spørre kliniske ansatte i poliklinikker innenfor BUP og ikke alle ansatte i hele Barne- og Ungdomspsykiatrien. Poliklinikker er underavdelinger av en større avdeling, klinikk, divisjon eller andre større enheter og klinikerne møter pasientene som regel på dagtid *uten* innleggelse, i motsetning til sengeposter hvor pasientene *er* innlagt. BUP består av både sengeposter, poliklinikker, spesialpoliklinikker med mer (mer om det i avsnittet om *Siden BUP og pedagoggruppen* i BUP kan være ukjent for noen av leserne til dette forskningsprosjektet, vil jeg her presentere institusjonen og den faggruppen jeg selv tilhører og forsker på. Jeg vil først beskrive hvordan BUP fremstår i dag, kontra hvordan BUP fremstod i starten for over 60 år siden.

BUP Norge i dag på side 5), men siden det er flere pedagoger ved poliklinikkene i forhold til sengepostene, blir derfor poliklinikk-ansatte naturlige informanter. Mer om utvalget i spørreundersøkelsen i kapittelet om *Metode* på side 21.

Hvem kan ha nytte av forskningen?

Denne forskningsstudien kan være interessant for pasienter og pårørende som møter BUP, men først og fremst er den ment for de ansatte i Barne- og ungdomspsykiatrien. Jeg håper studien er spesielt nyttig for de faglige utvalg og ledere som skal se på sammensetningen av faggrupper og eventuelt endring av dagens praksis. Studien kan også være relevant for samarbeidspartnere til BUP, da spesielt ansatte hos pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), barnehager og skoler. For samarbeidspartnerne kan denne studien være med på å belyse hva de pedagogiske ansatte hos BUP gjør og er opptatt av, siden samarbeidspartnerne ofte møter BUP gjennom møter. Min motivasjon for studien er at den samlede teorien, funnene og drøftingen kan lede til mer forskning på Barne- og ungdomspsykiatriens sammensetning, oppgaver, ressurser og bidra til debatt om hvordan BUP i fremtiden skal løse sine oppgaver.

Begrepsavklaring

Innen klinisk pedagogikk og innenfor barne- og ungdomspsykiatri finnes ikke godt definerte begreper eller titler på alle fagpersonene eller fagområdene. Det eneste som står urokkelig fast er begrepet klinisk pedagogikk, som betyr pedagogisk tenkning i møte med pasientene (Undheim, 2002). Det gjelder både i utredning og i behandling. Klinisk pedagogikk setter

med andre ord spesielt læring på dagsorden i det kliniske arbeidet. Tidligere het derfor de fagpersonene som var ferdig med spesialiseringen sin i klinisk pedagogikk, nettopp kliniske pedagoger. Dette ble endret for noen år siden til å hete spesialist i klinisk pedagogikk. Av den grunn råder det noe forvirring i forhold til hva spesialpedagogene under spesialiseringen sin skal kalle seg selv. Noen har valgt å ta i bruk tittelen «klinisk pedagog». Andre bruker bare tittelen «pedagog», som for så vidt er nokså misvisende ettersom det ifølge både wikipedia.no og utdanning.no er en beskrivelse for en gruppe med nokså mange ulike yrker innenfor pedagogikk. En tredje gruppe bruker tittelen «spesialpedagog», fordi det viser til utdanningen den aktuelle ansatte har. I denne studien velger jeg å bruke begrepet *pedagoggruppen*, når det refereres til både (spesial-)pedagoger før og under spesialisering og spesialistene i klinisk pedagogikk. Jeg velger å bruke tittelen *klinisk pedagog*, når jeg referer til (spesial-)pedagoger i BUP som ennå ikke er ferdige spesialister i klinisk pedagogikk.

BUP (*Barne- og ungdomspsykiatrien*) er i ferd med å endre navn til PHBU (*Psykisk helsevern for barn og unge*). En del poliklinikker har derfor endret navn fra *barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk* til *poliklinikk for psykisk helsearbeid blant barn og unge* (Larsen, 2011). Siden dette ennå ikke er en realitet over hele landet, og min egen arbeidsgiver fortsatt bruker begrepet og navnet BUP, velger jeg her å bruke BUP som en forkortelse for *Barne- og ungdomspsykiatrien*.

Presentasjon av barne- og ungdomspsykiatrien og pedagoggruppen

Siden BUP og pedagoggruppen i BUP kan være ukjent for noen av leserne til dette forskningsprosjektet, vil jeg her presentere institusjonen og den faggruppen jeg selv tilhører og forsker på. Jeg vil først beskrive hvordan BUP fremstår i dag, kontra hvordan BUP fremstod i starten for over 60 år siden.

BUP Norge i dag

Det er poliklinikkene i BUP som jobber med flest pasienter og mer allmenn utredning og behandling innen barne- og ungdomspsykiatrien. De består som regel av generalist-team² eller

² Generalist-team er en betegnelse for team som arbeider med alle utfordringer, vansker, sårbarheter, utredninger og behandlinger av pasienter innenfor for eksempel mandatet til en BUP poliklinikk. Avgrensning går i stedet på ytre omstendigheter, som for eksempel geografiske områder.

alders/diagnoseteam³. Under utredningen skal poliklinikkene finne ut av aktuell problematikk hos pasienten, symptomutforming, funksjonsnivå, omsorgssituasjon, opplærings situasjon, risikofaktorer, ressurser og pasientens eget/familiens egne ønsker og forventninger, dette beskrives i *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* (Helsedirektoratet, 2008). Videre presiserer veilederen at utredningen i BUP poliklinikk skal ha et perspektiv på familie, mestring og utvikling, og forholde seg til pasientens psykologiske, pedagogiske, medisinske og sosiale forhold i livet. Veilederen kaller poliklinikkene for selve hovedpilaren i arbeidet med barn og unges psykiske helse.

Veilederen var en bestilling av regjeringen i forbindelse med en opptrappingsplan i det psykiske helsevern i Norge (1999-2008), hvorpå helsedirektoratet skulle pålegge og anbefale tiltak for både videreutvikling av poliklinikkene og beskrive mål for poliklinikkens arbeid med pasienter. Juridisk betyr dette at når veilederen bruker ordene «skal» eller «må» i teksten, er dette forankret i de ulike lovene og forskriftene som gjelder for psykisk helsevern for barn og unge. Ofte gir veilederen anbefalinger, som bør følges selv om de ikke er juridisk bindende. Veilederen bemerker faktisk at hvis ansatte i BUP velger å ikke følge anbefalingene, bør det dokumenteres i pasientenes journal. Disse krav og anbefalinger i veilederen sees derfor på som retningslinjer innen BUP poliklinikk, for å sikre likhet i helsetilbudet uavhengig av bosted og sosial status. Poliklinikkene anbefales å ha sine kliniske ansatte innenfor de fire faggruppene; legegruppen, psykologgruppen, pedagoggruppen og sosionomgruppen, slik det tradisjonelt har vært i BUP Norge i mange tiår. Veilederen åpner imidlertid opp for at det kommer enda flere fag inn i det tverrfaglige teamet i takt med utviklingen av befolkningens behov som er knyttet til psykisk helse. Det kan være fagprofesjoner som fysioterapeut, ernæringsfysiolog, idrettspedagog og miljøterapeut for å nevne noen. Mange poliklinikker har allerede utvidet ansattgruppen sin med miljøterapeut eller familieterapeut. Veilederen setter også krav til at poliklinikkledere sørger for kursing, videre- og etterutdanning og spesialisering av sine ansatte. Dermed oppstår mangfoldet i de faggruppene poliklinikkene måtte bestå av, særlig fordi det er vanlig å være ansatt i BUP under spesialisering til de forskjellige spesialistene barne- og ungdomspsykiatrien trenger.

Før utredningen starter opp anbefaler veilederen (Helsedirektoratet, 2008) at det skjer en tverrfaglig drøfting av de aktuelle vanskene til pasientene, hvor det også settes opp en

³ En annen måte å organisere teamene ved en BUP poliklinikk på er alders/diagnoseteam. I stedet for at alle team jobber med alle diagnoser innen barne- og ungdomspsykiatrien, kan det organiseres slik at enkelte team jobber kun med spesifikke diagnoser eller en spesifikk aldersgruppe.

utredningsplan som forteller hvilke tiltak som settes i gang og av hvilke fagpersoner. Noen av disse delutredningene som settes opp i en utredningsplan, setter ofte krav til profesjonsspesifikke kompetanseområder.

Poliklinikkene i de forskjellige BUP-avdelinger eller klinikker rundt omkring i landet, er alltid knyttet opp mot en avdeling hvor psykisk syke barn og unge kan legges inn ved behov, jamfør krav i veilederen (Helsedirektoratet, 2008). Indikasjon for innleggelse kan være at det haster med hjelp, utredningen/behandlingen er for vanskelig for poliklinikkene å utføre eller andre grunner som gjør det hensiktsmessig med pleie og overvåking av pasient under utredning og behandling utover poliklinikkenes åpningstid.

Den nevnte veilederen (Helsedirektoratet, 2008) beskriver med dette et felles mandat til alle de forskjellige Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene vi har i landet. Dette mandatet belyser at BUP må ha en tverrfaglig tilnærming til sine pasienter, samt ha fokus på både brukermedvirkning på enkeltnivå og gruppenivå. På enkeltnivå gjelder her hver enkelt pasient og pårørende sin medvirkning. På gruppenivå gjelder medvirkning fra bruker/pasientorganisasjoner. På den måten utvides det tverrfaglige begrepet til å inneholde flere aktører enn kun fagfolk, da pasienter, bruker/pasientorganisasjoner og pårørende blir viktige i drøftingen om aktuelle vansker og løsninger slik Ida Ropstad (2006) beskriver praksisen i BUP i dag fremfor tidligere. Når veilederen setter fokus på utvikling av det tverrfaglige teamet til å utvide seg i takt med hvordan ny og annerledes problematikk oppstår med pasienter som strever med sin psykiske helse og/eller med sine nevrobiologiske tilstander, kan det virke som om veilederen påpeker behovet for en enda mer tverrfaglig BUP enn hva den allerede i dag er (eller i hvert fall i 2008 da den ble skrevet). Det skapes stadig ny viten om psykisk helse og nevrobiologiske tilstander, fordi det er mye forskning på feltet. Selv om det tverrfaglige teamet utvides med flere fag, ser det ikke ut til at de tradisjonelle profesjonene utgår fra teamet – med ett unntak. Det blir stadig færre i sosionomgruppen i BUP, og det kan se ut som om miljøterapeutene og familierapeutene overtar. Men det kan se ut som om at både pedagoggruppen, legegruppen og psykologgruppen består (Helsedirektoratet, 2008; Larsen, 2011 et al.). Pedagoggruppen som dette forskningsprosjektet handler om, er tydelig sysselsatt gjennom mandatet som beskrives i veilederen. Følgende fra mandatet belyser pedagoggruppens arena i BUP: I utredningen skal BUP finne ut av funksjonsnivå, opplæringssituasjon, risikofaktorer og ressurser – noe som spesialpedagogen er god på. I tillegg skal BUP være opptatt av mestring og det pedagogiske forholdet i livet. Disse deloppdragene fra hovedoppdraget til BUP, setter krav til at det tverrfaglige teamet også

innehar kompetanse innen klinisk pedagogikk. Vil det være mulig å drive utredning og behandling for BUP uten pedagoggruppen? Jeg får komme tilbake til det, etter å ha presentert forskningsresultatene.

BUP Norge og et historisk tilbakeblikk

Som den tverrfaglige spesialisthelsetjenesten⁴ Barne- og Ungdomspsykiatrien, er det behov for mange ansatte innenfor de ulike faggruppene BUP består av. Faktisk var det i 2012 3593 årsverk i PHBU (Helsedirektoratet, 2014). Selv om dette tallet inkluderer både sengeposter og poliklinikker, samt merkantile ansatte, administrasjons ansatte, ledere og både private og offentlige klinikker, er det meget mange årsverk sammenliknet med hvor mange årsverk BUP startet med i 1953 ved Nic Waals institutt (den første poliklinikken) og i 1950 ved Barnepsykiatrisk avdeling ved Rikshospitalet (den første sengeposten).

Dr. Nic Waal regnes for å være Barne- og ungdomspsykiatriens mor i Norge, selv om det ikke var hun alene som har æren for at faget oppstod i Norge. Barne- og ungdomspsykiatri er riktignok en av de nyeste grenene av medisinfaget i Norge, et ungt fag sammenliknet med for eksempel kirurgi. Likevel, allerede før andre verdenskrig hadde det norske helsevesenet oppdatert seg på forskning innen barnepsykiatri fra Europa og USA (Moe, 2003).

Psykoanalytisk leketerapi var allerede i bruk ved sykehusene i Norge fra 1930-tallet, men krigen gjorde at utviklingen av helsevesenet stoppet opp. Etter krigen fantes Skolepsykiatrisk kontor i Oslo og Mentalhygienisk Rådgivningskontor i tillegg til Barnepsykiatrisk avdeling. Det var bare disse tre stedene som kunne utføre utredning og behandling av barn og ungdom med nervøse lidelser og tilpasningsvansker – slik det het den gangen (Moe, 2003). Da Nic Waal ikke fikk jobben som sjef for Barnepsykiatrisk avdeling under oppstarten i 1949, tok hun etter hvert barne- og ungdomspsykiatrien i egne hender og startet opp et forsøks institutt i eget hjem i 1951. Behovet for undersøkelse og behandling av barn og unge med psykiske- og tilpasningsvansker, og videreutdanning av teamarbeidere i barne- og ungdomspsykiatrien var såpass store at Nic Waals Institutt ble opprettet i 1953. Instituttet skulle også drive på med forskning. Nic Waals Institutt ble helt fra starten tverrfaglig fokusert på utredningen og behandlingen, og de første teamene var sammensatt av leger, psykologer og sosionomer. Grunnen til dette var at Nic Waal som den første barne- og ungdomspsykiateren i Norge, hadde god skolering innen utviklingspsykologi og var meget holistisk orientert (Moe, 2003).

⁴ Spesialisthelsetjenestene (i motsetning til primærhelsetjenestene som er kommunale tjenester) er de helsetjenester som er knyttet til helseforetakene (HF består av et eller flere sykehus innen HF sitt geografiske område).

Nic Waals Institutt ble sammen med Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU) to fyrtårn for hvordan BUP skulle utvikle seg over hele landet. De var først modeller, men etter hvert måtte de overlate ansvaret for spesialiseringen av kliniske ansatte til de regionale sentrene for barne- og ungdomspsykiatri (R-BUP) (Moe, 2003). SSBU var en sammenslåing i 1968 av Barnepsykiatrisk avdeling ved Rikshospitalet og Ungdomspsykiatrisk klinikk på Sogn (etablert i 1963). SSBU består ikke lenger i dag fordi ansvaret for spesialisering av kliniske ansatte som de delte med Nic Waals Institutt ble i 1994/1995 overført til det nye R-BUP⁵ sør-øst og pasientene ble overført til dagens BUP i Oslo og omegn. Derimot består Nic Waals Institutt fortsatt i dag som en privat klinikk ved Lovisenberg diakonale sykehus, men kun som en BUP poliklinikk med utredning og behandling av pasienter (Moe, 2003; Næss, 2012). Historisk sett blir SSBU (og de tidligere avdelingene før sammenslåingen) samt Nic Waals Institutt stående som viktige bidragsytere til utviklingen av barne- og ungdomspsykiatrien i Norge, og derfor ikke glemt.

Pedagoggruppen i dag

I dag ønskes en stadig mer økende kompetanse og oppdatering av forskningen innenfor de forskjellige fagene i spesialisthelsetjenesten. Pedagoggruppen jobbet fra starten av den norske BUP som spesialpedagoger, men det ble etter hvert nødvendig med spesialisering ettersom faget spesialpedagogikk ikke først og fremst handler om psykiatri eller er spesielt rettet mot en helsetjeneste. For å bli spesialist i klinisk pedagogikk, må man per i dag ha master i pedagogikk/spesialpedagogikk, minst 2 års erfaring fra barnehage, grunnskole, videregående skole eller PPT og arbeide i BUP minst 2 år under spesialiseringen. Dette beskriver den reviderte rammeplanen for utdanning av spesialister i klinisk pedagogikk (kliniskpedagogikk.no, 2011). Videre må spesialpedagogen få veiledning av en spesialist i klinisk pedagogikk under hele utdanningen. En rekke krav om fagområder, som enten kandidaten skal kurses i, skrive om eller ha praksis i er beskrevet i denne rammeplanen. I spesialistutdanningen får kandidatene undervisning i fellesfag som handler om barn og unges psykiske helse, som blir grunnundervisningen hvor den spesialiserte undervisningen for hver enkelt profesjonsgruppe bygger videre på. Fellesfagene er derfor for alle profesjonsgruppene som skal spesialisere seg. I profesjonsgruppen for pedagoggruppen skal kandidatene bli

⁵ Tidligere het de *regionale kunnskapssentre for barne- og unge* (RKBU) *Regionsenter for barn og unges psykiske helse* (R-BUP). Det var før R-BUP ble slått sammen med *Barnevernets utviklingssentre* (BUS). R-BUP sørøst har beholdt det tidligere navnet ettersom BUS ble slått sammen med et annet forskningssenter i Oslo.

bevisste sin oppgave og ansvar i tverrfaglig og tverretatelig arbeid, og hva de andre profesjonene gjør og har ansvar over. Pedagoggruppen skal også være bevisst i overgangen mellom å være pedagog og terapeut, sitt mandat og hvilke rammer som gjelder. I profesjonsgruppen vil pedagoggruppen utvide sin kompetanse om utredning og behandling som spesialist i klinisk pedagogikk. Spesialistutdanningen for pedagoggruppen setter de viktigste områdene for profesjonen i fokus; samspill mellom pedagogiske og terapeutiske tilnærminger for barns utvikling, læring og endring, hvordan opplærings situasjoner kan tilrettelegges for bedring av psykisk helse og hva som er forventet aldersadekvat fungering for å bidra i diagnostiske drøftinger (r-bup.no, 2014).

Pedagoggruppen og et historisk tilbakeblikk

Helt fra starten av Nic Waals Institutt var spesialpedagogen Anne Marit Sletten Duve en viktig del av kjernegruppen, gruppen som bidro i pionertiden til å stable instituttet på bena (Moe, 2003). Et viktig bidrag for utviklingen av faget klinisk pedagogikk, var AMS-testen. Den er oppkalt etter Duve som før hun giftet seg het Anne Marit Sletten. Testen gikk ut på å teste pasientenes mulighet for å ta til seg kunnskap og fange oppe eventuelle lærevansker, samt kartlegging av pasientenes ressurser (Duve u.d.). I dag heter denne testen Barnepsykiatrisk Pedagogisk Observasjon (PedObs) og er fremdeles i bruk ved BUP, dog en god del oppdatert siden 1955 (Dahl, Lauvås, & Overvik, 2011). Det er noe usikkert hvorfor Nic Waal inviterte sosionomer og pedagoger inn i barne- og ungdomspsykiatrien ved Nic Waals Institutt, men med tanke på Moe (2003) sine beskrivelser om Waal, har antakelig Bjørg Starheim (1997) rett i sine hypoteser. Starheim mener at Waal og de andre pionerne allerede på 1950-tallet hadde fått med seg kritikken mot Freud og den psykodynamiske modellen, selv om det var denne teorien som var gjeldende i barne- og ungdomspsykiatrien i USA hvor Waal hadde fått sin utdanning (Moe, 2003; Starheim, 1997). Denne teorien er fortsatt gjeldende i norsk barne- og ungdomspsykiatri, men den er i dag stadig gjenstand for drøfting og kritikk (Hertz, 2011; Dahl & Ringen, 2002, et al.). Teorien har sine røtter fra Freud som mente at selve energien eller drivkraften i menneskets psykiske system var seksualdriften. Dette satte han i et system gjennom id, ego og superego. Id er kroppens språk, og står for den ubevisste kraften som driver frem en øyeblikkelig tilfredsstillelse ut fra behov. Driftene oppstår som følge av indre, sterke, primitive seksuelle eller aggressive impulser (SNL, 2014a; Starheim, 1997). Ego er en mekler mellom id og superego. Det betyr at et system i personligheten prøver å få til et samspill mellom indre impulser og egne moralske oppfatninger (SNL, 2012;

Starheim, 1997). Superego er egentlig det man kaller samvittigheten, selv om det kan være ubevisste eller bevisste egne moralske oppfatninger som styrer (SNL, 2014b; Starheim, 1997). Freud hadde definert id, ego og superego som kun indre instanser i den psykodynamiske modellen, men det ble etter hvert vanskelig å ikke ta hensyn til den ytre realiteten (Starheim, 1997). Dahl & Ringen (2002) har sett på ulike trender i barne- og ungdomspsykiatrien i USA, Storbritannia og Norden og bekrefter i sin gjennomgang av trendene at spesielt psykologene i den norske BUP har hatt mye fokus på den psykodynamiske modellen. Derimot er profesjoner og forskning innen samfunnsvitenskap og sosialfag vært mer opptatt av en sosialmodell også i møte med psykiatriske pasienter. Starheim (1997) mener det var derfor Waal inkluderte samfunnsvitenskapelige- og sosiale fag i barne- og ungdomspsykiatrien, fordi både pedagogen og sosionomen er mer orientert i de ytre omstendighetene. Uansett fikk barnets sosiale miljø en viktig betydning for utredning og behandling allerede ved oppstarten av Nic Waals Institutt, og er det fortsatt i dag ved BUP (Moe, 2003). Starheim (1997) mener dette samtidig gav grobunn til båstenkning, og at fagene måtte kun forholde seg til sine egne fagområder. Noe som etter hvert ble tonet ned ved en større tangering mellom fagene på slutten av 1970-tallet, fordi Margareth Mahler sine teorier om ulike faser for spedbarns separasjons- og individuasjonsutvikling kom i 1975. Dette reverserte båstenkningen, mener Starheim og fikk de ulike faggruppene til å kommunisere bedre. Ut fra Starheim sin forståelse av hvordan utviklingen av BUP var, kan man forstå at pedagogen gikk fra å være en spesialpedagog som kun så på de pedagogiske utfordringene ved pasientene og kun drev med veiledning til skoler i behandling av pasienter, til å bli en klinisk pedagog.

[Sammendrag av de innledende kapitlene](#)

Denne studien vil se på avgrensede områder for den kunnskap som spesialisten i klinisk pedagogikk har og som spesialpedagogen er i ferd med å tilegne seg, og se på om BUP poliklinikkene i Norge fortsatt bruker denne kompetansen i den tverrfaglige utredningen og behandlingen av pasientene poliklinikkene møter. Med utgangspunkt i avsnittet som omhandler *bakgrunn for oppgaven, forskningsspørsmål og problemstilling* (side 1), ble det utført en spørreundersøkelse i slutten av 2014. Denne undersøkelsen er også forankret i teoridelen som er påfølgende kapittel (side 12). Denne studien har som et mål å presentere funn fra denne spørreundersøkelsen sammenflettet med teori som omhandler en tverrfaglig tilnærming i BUP poliklinikk, med et blikk på hvordan pedagoggruppen og BUP oppstod og hvordan det er i dag.

Teorien som danner grunnlaget for denne studien

Jeg vil her presentere teorien som danner grunnlaget for dette forskningsprosjektet.

Problemstillingen setter fokus på en tverrfaglig tilnærming, men hvor kommer egentlig tilnærmingen fra?

Hvor kommer den tverrfaglige tilnærmingen fra?

Flere instanser i Norge i dag har en tverrfaglig tilnærming til sine brukere, spesielt kan nevnes BUP, barnevern, Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT), men også andre somatiske avdelinger ved sykehusene. Jeg vil her gå inn i viktige foranledninger som var med på å føde fram bruken av den tverrfaglige tilnærmingen i Norge ut fra et systemperspektiv, og hvorfor det er viktig å være tverrfaglig i tilnærmingen til brukerne i et overordnet systemperspektiv.

Tradisjonelt i møte med mennesker som man skulle hjelpe på en eller annen måte, enten om det var innen somatisk eller psykisk helse, innen pedagogiske utfordringer eller innen barnevern, så har samfunnet møtt mennesker med et individfokusert perspektiv. Slik var også den utviklingspsykologiske forskningen fra dens begynnelsen før 1900 og godt og vel inn på 1960-tallet (Bø & Ertesvåg, 2006). Det vil si at man har lett etter utfordringer som for eksempel et barn har «inni seg». Man har ikke vært opptatt av omstendigheter, hva som skjer rundt barnet og heller ikke tenkt helhetlig om barnet. Systemperspektivet er som en motvekt til et individfokusert perspektiv, med på å belyse viktige faktorer som kan forklares av miljøet rundt når det gjelder individets utvikling og eller feilutvikling.

En av de som i 1970-årene kritiserte det individfokuserte perspektivet var Urie Bronfenbrenner (1917 - 2005). Bronfenbrenner mente at man kunne ikke se på barnet isolert sett bare i et laboratorium, men like viktig var det å se barnet i dets naturlige arena. Dessuten var det viktig for Bronfenbrenner å være holistisk i møte med barnet, og ikke skille på de forskjellige delene mennesket består av (Bronfenbrenner, 1979).

Den utviklingsøkologiske modellen

Bronfenbrenner presenterer i flere artikler utover 1970-tallet og ikke minst i boka *The ecology of human development. Experiment by nature and design* som han publiserte i 1979, en måte å tenke seg miljøet rundt et menneske som meget vesentlig i menneskets utvikling. I denne perioden av Bronfenbrenners liv er han veldig systemorientert. Han er så opptatt av miljøet at det kan synes som om det meste av menneskelig utvikling kan forklares ut fra

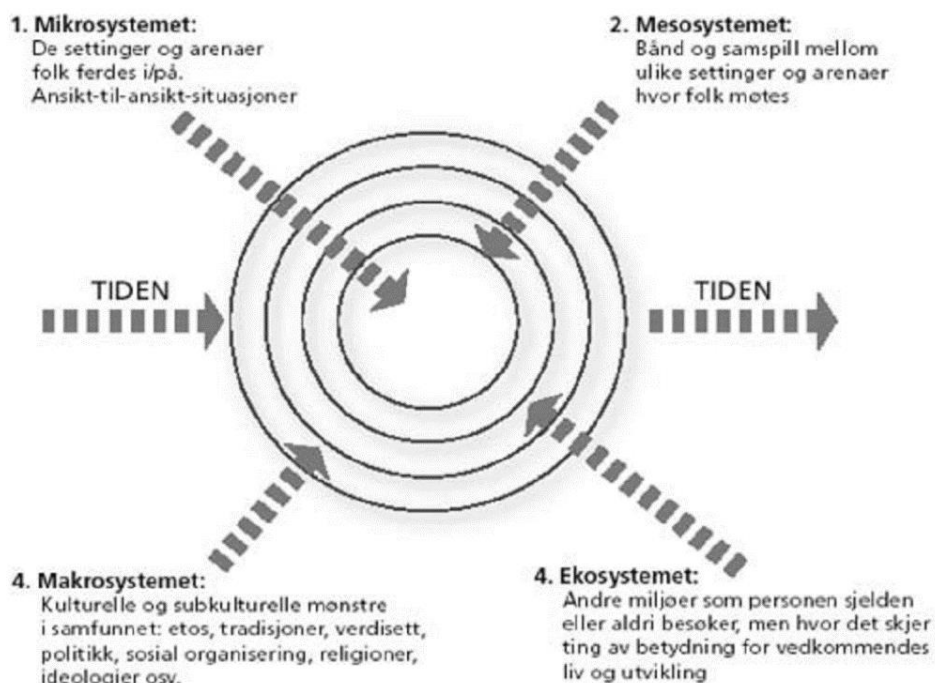
miljøpåvirkningen. Han endrer tenkningen utover sin forskerkarriere, noe jeg kommer tilbake til senere (side 15). Bronfenbrenners systemorienterte modell blir på norsk kalt *den utviklingsøkologiske modellen*, som består av 4 ulike systemnivåer. Bronfenbrenner hentet opp mange tanker fra Kurt Lewin (1890 – 1947) sine teorier som Bronfenbrenner møtte i militæret på 1940-tallet, men som forble en viktig venn og samarbeidspartner gjennom mange år (Bronfenbrenner, 1977). Lewin fokuserte på *relasjonene* mellom mennesker og *aktiviteten* som stadig finner sted i den umiddelbare situasjonen (Bronfenbrenner, 1977). Disse teoriene var bakgrunnen for Bronfenbrenners teorier om det han kaller *Mikrosystemet*; som det innerste systemnivået i den utviklingsøkologiske modellen. Mikrosystemet omfatter de situasjonene hvor man møter andre mennesker, ting eller symboler hvor personen samtidig er til stede selv. Det kan være familien i hjemmet, vennegjengen samlet rundt en aktivitet, en økt på skolen eller for BUP sitt vedkommende en testsituasjon på klinikken (Bronfenbrenner, 1979; Bø & Ertesvåg, 2006). Bronfenbrenner presiserte senere (Bronfenbrenner, 1992) at påvirkningen av signifikante andre kan ha stor betydning i mikrosystem-situasjonene.

Mesosystemet er neste systemnivå og omfatter forholdet mellom to eller flere mikrosystemer. Bronfenbrenner forklarer at forholdet mellom skole og hjem er like viktig som selve undervisningssituasjonen hvor elevene får leseundervisning (Bronfenbrenner, 1979). Bø & Ertesvåg (2006) bruker et annet sterkt eksempel; hvordan barn opplever pendlingen mellom mors og fars hjem på godt og vondt. De beskriver mesosystemet som påvirkningsprosesser mellom mikrosystemer som leder fram til kjennskap, kommunikasjon, konsensus eller konflikt. For BUP sitt vedkommende kan det ligge mye viktig, skjult informasjon i mesosystemene til et barn eller en ungdom.

Eksosystemet er tredje systemnivå og har en mer indirekte påvirkningskraft på personen. Det er snakk om steder, hendelser, mikrosystemer hvor personen ikke nødvendigvis er til stede, men det som skjer får en påvirkning på personen likevel. Gode eksempler på eksosystemer er hvordan det er eller har vært for mor, far eller læreren på andre arenaer enn i klasserommet eller hjemmet, men som likevel påvirker en person indirekte (Bronfenbrenner, 1979; Bø & Ertesvåg, 2006). BUP trenger i stor grad informasjon om de signifikante personene rundt en pasient, for å ha mulighet til kvalitet i utredningen, meningsfulle utredningsresultater og etter hvert god behandling. Med andre ord er mors arbeidsledighet, farfars drikkeproblem som påvirket far i barndommen eller læreren til pasienten som ennå har lite erfaring med for eksempel barn med ADHD, viktig informasjon til BUP for å få en helhetlig vurdering.

Makrosystemet er av et overordnet systemnivå ifølge Bronfenbrenner (1979), som har påvirkning på alle de tre systemnivåene beskrevet over. Kulturer, uskrevne og skrevne «regler» for ulike steder, hendelser, aktiviteter og grupperinger setter sitt preg på de tre andre systemnivåene. Et godt eksempel er hvordan en skole som er preget av kultur, ledelsens lederstil, pedagogisk satsningsområde, økonomi, verdsett, livssyn, tradisjoner etc vil påvirke en elev (Bronfenbrenner, 1979; Bø & Ertesvåg, 2006). Bø & Ertesvåg (2006) mener også at man kan i mikrosystemer velge hvor stor påvirkning makrosystemet skal ha, i enkelte tilfeller. Eksempelvis kan en muslimsk familie prøve å unngå en kristen påvirkning ved å ikke la deler av det norske samfunnet påvirke dem. For BUP kan det være viktig med en forståelse av hvilke makrosystemer pasienten påvirkes av, for eksempel når det gjelder skolen, familiekultur, vennekultur, nabolagskultur etc.

Den utviklingsøkologiske modellen kan settes opp i en figur som prøver å beskrive de ulike systemnivåene på en enkel måte, men den er samtidig for snever i forhold til det virkelige liv. Den er for snever fordi systemnivåene flyter over i hverandre og vil ofte være umulig å skille og katalogisere i det virkelige liv (Bø & Ertesvåg, 2006). Figuren under vil likevel være av stor betydning for hvordan forstå viktigheten av en tverrfaglig, men også holistisk tilnærming hos blant annet BUP:

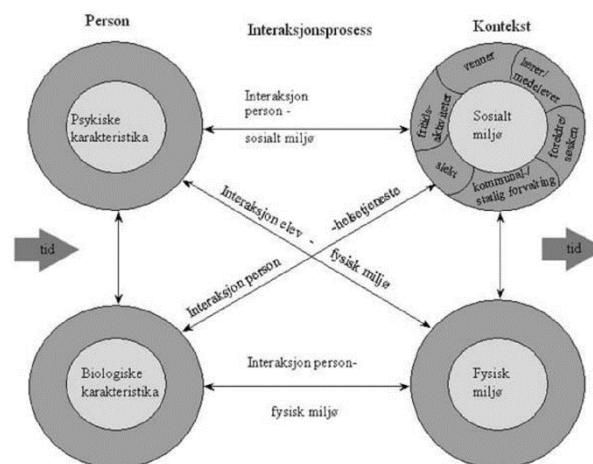


Figur 1

Figuren viser den utviklingsøkologiske modellen. (Hentet fra Bø & Ertesvåg (2006) side 263).

Process-Person-Context-Time modellen

Senere i sin karriere, modifiserte Bronfenbrenner måten å tenke på når det gjelder mennesket og dets naturlige miljø. Han bringer inn uttrykk som det biologiske, prosesser, tid og person i tillegg til konteksten. Det er altså ikke bare miljøet som har påvirkningskraft på en persons utvikling, evt utviklingsforstyrrelse, men arv er også avgjørende (Bronfenbrenner, 1992). Bronfenbrenner viser også til studier som viser at de arvelige faktorene (genmaterialet) blir påvirket av miljøet, slik at de arvelige faktorene er forandret i neste generasjon. Lenge trodde man at det kun var de arvelige faktorene som kunne påvirke miljøfaktorene, og ikke omvendt (Bronfenbrenner, 1993). Bronfenbrenner (1989) beskriver person karakteristika som like viktig som karakteristika av miljøet når man undersøker en person sine utviklingsprosesser. Han setter opp et nytt system som han kaller Process-Person-Context-Time Model (Bronfenbrenner, 1992). Dette betyr rett og slett at man kan undersøke ulike utviklingsprosesser og utfallene som nettopp et fellesskap av person karakteristika og miljø karakteristika, med tiden som en viktig faktor. Person karakteristika forstås her som menneskelige disposisjoner eller egenskaper, både biologiske og økologiske faktorer som evner, erfaringer og lærdom og ikke minst medfødte faktorer som for eksempel en hjerneskade. Egenskaper mennesker har for eksempel i forhold til hvor forsiktig eller nysgjerrig et barn er, kan hindre eller fremme utviklingen. De biologiske og økologiske faktorene er nødvendig for videre utvikling, og medfødte faktorer kan i stor grad ha en negativ påvirkning av utviklingen. Miljø karakteristika er rett og slett hele den økologiske utviklingsmodellen med de fire systemnivåene. Dette blir av Bronfenbrenner kalt *proksimale prosesser*, som over tid utvikles, virker og forandres (Bronfenbrenner, 1993; Bronfenbrenner, 2001).



Figur 2

Figuren viser sammenhengene i Process-Person-Context-Time modellen. (Hentet fra Bø & Ertesvåg (2006) side 266).

Utviklingen foregår ikke bare i samspill med andre mennesker; samspill med objekter, dyr, verdier, tegn og alt som man kan ha en interaksjon med, vil ha betydning for utviklingen så lenge det foregår relativt ofte over lengre tid. De beste eksemplene er kanskje gjentatte rutiner i en families samspill, noe som selv de minste barna lærer gjennom uten å kunne forstå handlingene fullt ut. Person karakteristika vil i samspill med miljøet og ikke minst interaksjonen mellom disse, stake ut retningen på utviklingen.

Det bio-psyko-sosiale vitenskapssynet

Mens Bronfenbrenners teorier innen først økologi som kun et systemorientert perspektiv og etter hvert bioøkologi som også tar med den arvelige faktoren i perspektivet, lett kan tolkes å være opptatt av kun miljø eller kun miljø og biologi, utfordrer det bio-psyko-sosiale vitenskapssynet oss til å være enda mer helhetlig i tilnærmingen. Søren Hertz (2011) beskriver dette vitenskapssynet som mer enn summen av enkelt delene. Noe som betyr at hjernen får utvikle seg i et samspill, ved at det biologiske formes i det psykologiske og sosiale møtet med omgivelsene. Dette blir et meget sterkt fundament for BUP, siden man forutsetter at alle mennesker har denne muligheten for utvikling gjennom hele livet uansett hva som måtte være utfordringen til et barn eller ungdom som trenger hjelp av BUP. Derfor er det viktig for BUP å være klar over at utredere og behandlere blir en del av miljøet til pasienten, og derfor påvirker situasjonen (Hertz, 2011). Utredere og særlig behandlere bør derfor bevisst påvirke pasientens utvikling ifølge Hertz (2011) på den mest optimale måten.

Det bio-psyko-sosiale synet bryter med tradisjonell positivisme, og også noe med den fenomenologiske tenkningen. Det handler om et holistisk syn på mennesket, som i en tverrfaglig tilnærming kan gi en helhets vurdering av pasientene. Dessuten ligger det en uavkortet optimisme i det bio-psyko-sosiale vitenskapssynet, som kommer fra den senere tids nevrovitenskap. Denne nevrovitenskapen sier at nevrobiologisk utvikling og erfaringer gjort i miljøene påvirker hverandre, altså kort sagt; arv og miljø påvirker hverandre. Det har lenge vært akseptert i forskningen at genene gjennom sine uttrykk påvirker sosial atferd, men nå fra sent på 1900-tallet og tidlig på 2000-tallet er også forskerne enig i at sosiale erfaringer påvirker hjernen som betyr endring i måten arveanlegget uttrykker seg (Cicchetti, 2002; Hertz, 2011). Dette betyr at det skjer en påvirkning av hjernestruktur, hjernefunksjon og hjerneorganisasjon. Disse endringene skjer gjennom læring som sosiale og psykologiske erfaringer. Endringene forandrer mønstrene av nervecellers og synapsers forbindelser, det vil

si forandrer selve nervecellenes funksjon (Cicchetti, 2002). Optimismen kommer derfor av at det alltid er håp om en forandring og utvikling gjennom en bevisst miljøpåvirkning. Hertz (2011) kaller dette uante utviklingsmuligheter for pasientene, fordi hjernen med sin plastisitet evner en forandring ut fra erfaring.

Selv om dette vitenskapssynet ikke ennå var beskrevet teoretisk ved oppstarten av Barne- og ungdomspsykiatrien ved Nic Waals Institutt, er det dette synet som forklarer nødvendigheten av BUP sin tverrfaglige forankring. Dette vitenskapssystemet kan oppfattes som en videreutvikling av Bronfenbrenners teorier om arv og miljø.

Tverrfaglig samhandling i BUP

Med individets uante utviklingsmuligheter setter dette ansvar på hver enkelt kliniker i BUP, uansett hvilken faggruppe man tilhører. Samtidig øker behovet for samhandling i det tverrfaglige teamet i BUP og kompetanse i samhandling (Dahl, 2014). I mandatet til teamarbeidet i BUP poliklinikk settes det fokus på tverrfaglig samhandling i utredningen og behandlingen av pasientene. Kjell Dahl (2014) problematiserer om man i tverrfaglig samhandling er tverrfaglig eller flerfaglig. Flerfaglig samhandling fører til at møtet mellom profesjonene blir en informasjonsutveksling, en avklaring om hvem som gjør hva av oppgaver og en koordinering av faglige opplegg (Dahl, 2014). Derimot ved en tverrfaglig samhandling må medlemmene i møtet tilføre sin særpregede kompetanse sammen med de andres kompetanse. Ved at teammedlemmene søker nye erkjennelser og ny helhet, oppstår ny kunnskap og nye holdninger. Dette gir teamet en merviten, som blir teamets felles eie. For at den tverrfaglige samhandlingen skal fungere, må hvert enkelt teammedlem være opptatt av synspunkter inn i det tverrfaglige teamet – ikke synspunkter som representerer egen faggruppe eller fagforening (Dahl, 2014). Wencke J. Seltzer (2006) mener at BUP jobber i en stort sett flerfaglig tilnærming. Når Seltzer beskriver den flerfaglige tilnærmingen og hvilke utfordringer det gir, så synes det som om hun egentlig mener en tverrfaglig tilnærming og at hun kanskje ikke har vært så opptatt av å skille begrepene flerfaglig og tverrfaglig fra hverandre. Seltzer (2006) belyser et flerfaglig (les: tverrfaglig) teamarbeid på samme måte som Dahl (2014), hvor det skapes ny kunnskap gjennom å tilføre sin kompetanse sammen med en erkjennelse og oppdagervillighet for ny kunnskap som lett kan være skjult for teammedlemmene hver for seg – om man tenker ensporet.

Man kan ane en forvirring i begrepene, hvor både kliniske ansatte, forskere og fagbokforfattere ikke er oppklarende og kanskje heller ikke er klar over begrepenes egentlige betydning. Dette gjelder også begrepene samhandling og samarbeid. Dahl (2014) mener det er en klar forskjell mellom disse begrepene. Samarbeid definerer han som en administrativ og forvaltningsmessig handling. Oppgavene deles og utføres i mer indirekte fora; e-post, telefonsamtaler/møter, deling av journalnotater også videre. Samhandling krever på sin side en fysisk deltakelse i de møtefora man trenger for å utføre arbeidsoppgaver sammen. For god samhandling kreves et godt arbeidsmiljø, hvor målet er at det kommer pasientene til gode – via gode samhandlingstiltak i utredning og behandling. Dette kan fort utfordres av at man i tverrfaglig samhandling møter andre ansatte med ulik fagbakgrunn og ulik forståelse for aktuell problematikk.

Her må tilføres at Sirnes, Willumsen, & Ødegård, (2014) mener det finnes lite konsensus om de utallige begrepene angående tverrfaglighet og samhandling, da det spesielt i engelskspråklig litteratur vrimler av begreper – men samtidig for lite forskning som enes om bruken av begrepene.

Eierskapet til løsninger på aktuell problematikk i BUP utfordres når andre ansatte med annen fagbakgrunn foreslår andre tiltak enn hva som først syntes åpenbart av den ene eller de andre, jamfør hvordan tverrfaglig samhandling innebærer en erkjennelse om ny kunnskap beskrevet over. Ved oppstarten av Nic Waals Institutt var det kanskje et mer hierarki-organisert team som felles planla utredning og behandling, men instituttet var tidlig ute med en demokratisering hvor profesjonene var likestilte i teamarbeidet (Moe, 2003). Med det unntak av at overlegene og psykologspesialistene har aleneansvar for å sette diagnoser (Helsedirektoratet, 2012), er det fortsatt i dag slik at profesjonene i utgangspunktet skal være likestilte i teamarbeidet. Om dette oppleves slik, er en annen sak.

«Det blir fort en maktkamp knyttet til synet på kunnskap og devaluering av motpartens syn» skriver Bertelsen og Ulland i *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* side 123, nr 2 i 2010. Videre beskriver de dilemmaene som oppstår en god del ganger for klinikere hos blant annet BUP, hvor klinikerne står i spenningsforhold mellom sitt eget etiske syn vs en eller flere medarbeideres etiske syn, profesjonsmakt og ulike grunnsyn for forståelsen av en «psykisk lidelse». Bertelsen & Ulland (2010) mener i likhet med Dahl (2014) & Seltzer (2006) at den eneste veien utenom profesjonskampen er å arbeide samhandlende mot at teamet eier den nye kunnskapen, og ikke hver enkelt teammedlem eller profesjonsutøver. Stikkordene er med andre ord; respekt, likeverd, demokratisk tenkning, og en utforskende, undrende og aktivt

lyttende holdning. Dermed skulle det være mulig å ha ulike grunnsyn, ulik fagbakgrunn og innfallsvinkler, men likevel sammen utføre mandatet til BUP.

Tidligere forskning og artikler om pedagoggruppen i BUP

Det må sies at det er gjort svært lite forskning utelukkende på pedagoggruppen i BUP, men det er flere kilder som omtaler den profesjonskampen som har funnet sted i BUP opp gjennom årene (Iversen, 2000; Moe & Sommerschild, 2005 et al.). Elin Kreyberg (2009) er derfor en viktig bidragsyter på forskningsfronten når det gjelder spesialisten i klinisk pedagogikk sin behandlerrolle i BUP. Profesjonskampen går jeg ikke videre inn på i dette forskningsprosjektet.

Kreyberg (2009) foretok en fokusgruppeundersøkelse hvor en liten spesialistfaggruppe drøftet verdien av sin pedagogiske erfaring i klinisk terapeutisk arbeid. Kreyberg fant gjennom fokusgruppeintervjuene at kunnskap om og kjennskap til barnehage og skole var verdifull kompetanse i terapeutisk arbeid. Dette deler hun inn i tre temaområder: Kjennskap til de pedagogiske organisasjonene, Å være brobygger, Arenafleksibilitet. Samlet kaller hun dette arenakompetanse. Særlig trekker Kreyberg frem det at spesialistene i klinisk pedagogikk⁶ har en kjennskap til barnehagens/skolens indre liv, kjennskap til spesialpedagogiske dilemmaer og forstår konteksten de trer inn i. Videre finner Kreyberg at spesialistene i klinisk pedagogikk fremhever betydningen av å ha barnefaglig kompetanse. Spesialistene har kompetanse innen barns lek, barns normalutviklingen og jevnaldringsgruppens betydning generelt. Kreyberg fremhever at spesialistene intuitivt vet hvordan for eksempel en åtteåring vanligvis er, og kan bruke dette i møte med pasienter som avviker i forhold til det adekvate. Et tredje viktig funn, som er en viktig forutsetningen i spesialpedagogikken, er kompetansen om hvordan barn mestrer; mestringskompetanse. Kreyberg belyser tre temaområder i forbindelse med dette: Tilretteleggingskompetanse, Betydningen av å gi ros, Glede som forutsetning for utvikling. Endringskompetanse er den siste tredelte modellen som Kreyberg presenterer som funn i studien sin, og består av: Forklaringskompetanse, Strukturkompetanse og Relasjonskompetanse. Her trekker hun fram som et hovedmål med endringskompetansen; å få barna til skjønne seg selv, og samtidig skjønne hva de selv står oppe i.

⁶ Kreyberg (2009) bruker tittelen *klinisk pedagog* i sin forskningsstudie, som på den tiden var tittelen på dagens *spesialist i klinisk pedagogikk*.

Kreyberg drøfter frem et nytt terapibegrep ut fra de funn hun har fra fokusgruppeintervjuene; «Å se ut» og «å se inn». Med begrepet «Å se ut» bygger Kreyberg på den kompetansen spesialisten i klinisk pedagogikk har vedrørende barnehage og skole som oppvekstarena. Noen av hennes informanter er i barnehagen og skolen for å drive terapeutisk arbeid, andre foretar terapien på klinikken – men er opptatt av hva som foregår i barnehagen/skolen og tar dette med inn i terapisamtalen. Med begrepet «Å se inn» tar Kreyberg for seg de intrapsykiske prosessene, hvorpå hun beskriver sine informanter som nysgjerrige på pasientenes opplevde behov for endring og ser etter deres endringspotensial.

Anne Mari Undheim (2002) gjorde en undersøkelsen som likner mye på mitt forskningsprosjekt og også noe på Kreyberg (2009) sin studie. Jeg vil her gjøre rede for de funn hun fant i 1999 i form av en spørreundersøkelse. Undheim undersøkte hvordan spesialister i klinisk pedagogikk⁷ ble rekruttert inn i BUP, hvorpå 50 % av informantene svarer at de ble oppfordret av andre til å søke jobb i BUP. Undheim kaller spesialistene «utenriksministere» ut ifra funn om mye samarbeid med eksterne instanser og konsultasjoner til skole/barnehage. Pedagogisk/psykiatriske utredninger er det mye av. Skoleobservasjoner, arbeid direkte med barna, foreldresamarbeid, pedagogisk behandling, familietilnærming er de sentrale oppgavene som Undheim finner blant spesialistene i klinisk pedagogikk i BUP.

Undheim (2002) rapporterer også informantenes formening om at grunnutdanningen er svært nyttig (44 % mener dette) eller meget nyttig (32 % mener dette) i arbeidet de gjør i BUP. Hun finner imidlertid at pedagoggruppen ikke er pådrivere i fagutviklingsarbeid ved BUP-klinikkene.

Videre beskriver Undheim (2002) at informantene rangerer høyt arbeidet med emosjonelle lærevansker, bygging av selvtillit, stimulering av mestringsområder og styrking av svake sider hos barnet. Hun finner at informantene synes det er vanskelig med arbeid med alvorlige problem med utagerende atferd.

⁷ Undheim (2002) bruker tittelen *klinisk pedagog* om det som i dag heter *spesialist i klinisk pedagogikk*.

Metode

Som nevnt i innledningen er denne studien basert på en kvantitativ forskningsmetode, nærmere bestemt en tverrsnittundersøkelse av en hel populasjon. Jeg vil her gå nærmere inn på detaljer om hva dette egentlig innebærer.

Tverrsnittdesign i en kvantitativ forskningsmetode

Problemstillingen for denne forskningsstudien setter krav til en bred datainnsamling på et fenomen som finnes i en landsomfattende institusjon. Datainnsamling i form av en spørreundersøkelse er å foretrekke for å gi svar på en slik problemstilling. Dette gjør det mulig å analysere tallmaterialet, og se på normalfordelinger, sentraltendenser, signifikanstesting, deskriptiv statistikk med mer for å la informantene representere fenomenet. Et tverrsnittdesign er datainnsamling kun én gang ved bruk av et spørreskjema for å representere fenomenet i nåtid. Det er en planlagt forskningsmåte som har til hensikt å samle informasjon fra et utvalg av en populasjon hvor fenomenet er å finne (Ringdal, 2013).

Hvem er utvalget og populasjonen i spørreundersøkelsen

Pedagoggruppen er presentert tidligere, da det er denne gruppen dette forskningsprosjektet i hovedsak omhandler.

Legegruppen har et langt spesialiseringsforløp. I BUP følger legene samme system som i alle andre helsefag. Lege i spesialisering, eller populært kalt LIS, består av leger som både ønsker å bli spesialister innen barne- og ungdomspsykiatri og andre legespesialiseringer. Denne faggruppen er blant de som skiftes ut hurtigst i BUP, ettersom det kreves 5,5 år i spesialisering. Disse 5,5 årene består av minst 2 år i poliklinikk, minst 1 år i sengepost, 1 år i voksenpsykiatrien og 0,5 år i barneavdeling. Overlegene i BUP er de legene som er ferdige med spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri og er utdannet barne- og ungdomspsykiatere. BUP har ofte turnusventere⁸ som jobber der mens de venter på å få seg turnusplass, og jobber da med et mindre ansvar enn de andre legene ved BUP ettersom de ennå ikke har fått sin legeautorisasjon.

⁸ En turnusventer er en nyutdannet lege som er ferdig med medisinstudiet, men som mangler turnusårene i allmennpraksis og ved et helseforetak. Mens turnusventeren venter på turnusplass, kan man få jobbe i mellomtiden, blant annet i BUP.

Noe liknende system er det også for psykologene som spesialiserer seg og får tittelen psykologspesialister. De må også jobbe ulike steder for å oppnå spesialistkompetanse i løpet av 5 år, men primært innenfor psykiatrien for å bli spesialist i barne- og ungdomspsykologi eller voksenpsykologi.

Sosionomene har et system som likner mer på spesialpedagogene. Etter endt grunnutdanning og ved å ha jobb i BUP, kan de søke seg inn på spesialistutdanning ved et av RKBU-sentrene.

Arbeidsoppgavene til disse faggruppene blir kartlagt i undersøkelsen og derfor presentert i Figur 6 på side 30, og drøftet videre i kapittelet om Oppsummerende drøfting på side 45.

Utvalgsprosedyren

Spørreundersøkelsen i dette forskningsprosjektet ble sendt ut til hele populasjonen, det vil si alle kliniske ansatte i BUP poliklinikker i Norge. Lenke til den digitale spørreundersøkelsen ble sendt til poliklinikklederne ved alle BUP poliklinikker i landet. Tilgang til e-postadresser fikk jeg gjennom BUP administrasjonen ved St. Olavs Hospital i Trondheim, som sendte forespørsel til ledelsen av *Norsk forening for barn og unges psykiske helse*. De lederne som manglet på denne e-post-listen, ble etterspurt pr telefon. Lederne ble oppfordret til å sende e-posten videre til sine ansatte. De som svarte på denne henvendelsen ved å bli med på spørreundersøkelsen, ble informanter og danner følgelig utvalget i forskningsprosjektet. Jeg ser på utvalget (n) som en gruppe informanter som har gjennomgått en enkel tilfeldig trekking (ETT). Hver enhet i populasjonen (N) har hatt lik sannsynlighet (n/N) til å bli en del av utvalget. Mer om utvalgsprosedyren under avsnittet om *validitet* på side 23.

Måleinstrumentene og datainnsamlingsprosedyre

Som nevnt foretok jeg en digital spørreundersøkelse som datainnsamlingsmetode. Select Survey v4.131.000 ble brukt i utformingen og utsendelsen av spørreundersøkelsen. Et spørreskjema som inkluderte en kodebok for variablene ble utformet på bakgrunn av en liten pilotundersøkelse ved BUP klinikk, St.Olavs Hospital. Spørreskjemaet/kodeboken ble utgangspunktet for programmeringen i Select Survey. Målet med pilotundersøkelsen var å bekrefte eller avkrefte, eventuelt supplere min erfaring med hvilke fagspesifikke arbeidsoppgaver et tverrfaglig team i BUP poliklinikk har. Dette ble grunnlaget for den største delen av spørreundersøkelsen som dreier seg om hvor stor prosent av de 18 forskjellige

utvalgte arbeidsoppgavene som ble gjort av de forskjellige faggruppene. Informantene skulle krysse av på en 21-delt skala fra 0 % til 100 % hvor mye de aktuelle faggruppene etter informantens skjønn gjør av de aktuelle arbeidsoppgave. Se figur under for eksempel.



Figur 3

Figur som viser eksempel fra spørreundersøkelsen om de ulike arbeidsoppgavene i BUP poliklinikk.

En annen del av spørreundersøkelsen handlet om de øvrige faggruppenes holdninger til pedagoggruppen, hvor bare informanter som ikke tilhørte pedagoggruppen skulle svare. Spørsmålene inneholdt ulike påstander hvorpå informantene skulle bruke en likert-skala fra 1 (helt uenig) til 6 (helt enig) for å svare på påstandene. Et eksempel fra undersøkelsen er påstanden *Pedagogene gjør en god jobb i BUP*.

Pedagoggruppen skulle svare på de samme spørsmålene, men da om holdninger til psykologgruppen, legegruppen og sosionomgruppen. Siden målet var å kunne si noe om holdninger til pedagoggruppen vs holdninger fra pedagoggruppen, ble ordlyden i spørsmålene beholdt – hvorpå kun tittel på faggruppa ble byttet ut.

En tredje del av spørreundersøkelsen handlet om hvordan informantene så på nyttigheten av å ha pedagoggruppen i BUP. Samme type likert-skala fra 1 til 6 ble brukt her.

Reliabilitet, validitet og dimensjonalitet

Generelt må man i forskningsprosjekter ha kontroll på den indre validiteten; hvor kausalitet spiller en rolle for om man kan slutte seg til forskjeller eller likheter mellom grupper og resultater. Den indre validiteten trues av seleksjon, historie og modning (Kleven, 2011). Det er i denne studien ikke av interesse å finne kausale forhold, men heller stadfeste fenomen.

For å redusere faren for trusler av validiteten i kvantitativ forskning, har jeg muligheter for å hente utvalgene mine fra populasjonene gjennom ulike metoder. Ved å bruke tilfeldighetsprinsippet kan jeg ved å trekke tilfeldig et utvalg av en populasjon styrke studiens ytre validitet (Kleven, 2011). I denne undersøkelsen trakk informantene seg selv «tilfeldig» ved at hele populasjonen fikk tilbud om å være med, hvorpå $n = 203$ tok seg tid til å svare på den. Se avsnittet om *Utvalgsprosedyren* på side 22. Samtidig er jeg klar over en viss fare for at den ytre validiteten kan være forringet, fordi utvalget muligens ikke var *helt* tilfeldig trukket likevel. På grunn av min egen presentasjon som klinisk pedagog som jobber i BUP ved St.Olavs Hospital, kan det ha påvirket en større selvutvelgelse blant kliniske pedagoger og ansatte ved St.Olavs Hospital. Dessuten er det en forholdvis lav svarprosent om man legger til grunn den optimale svarprosenten på hele 70 % ifølge Ringdal (2013). Jeg hadde ikke mulighet for å etterfølge (og mase) såpass i dette forskningsprosjektet, slik at jeg måtte tilslutt forholde meg til 203 informanter. Det er noe vanskelig å regne ut en korrekt svarprosent, ettersom populasjonen er målt i antall årsverk. Forholder man seg til at populasjonen minst består av 1963 klinikere (antall årsverk var 1962,66), får man en svarprosent på 10,3 %. Dette må jeg forholde meg til. Ut ifra en lav svarprosent velger jeg å se på informantene i en frafallsanalyse, som blir beskrevet i avsnittet om *Deskriptiv statistikk om informantene og populasjonen* på side 26. Ut fra frafallsanalysen, kan det tyde på at det likevel er mulig med en forsiktig skjønnsmessig generalisering (Kleven, 2011).

Reliabiliteten eller påliteligheten er et mål på om datainnsamlingen er påvirket av tilfeldige målingsfeil. Som et eksempel kan informanter ha misforstått et eller flere spørsmål, noe som vil påvirke analysene om det ikke tas høyde for. Ved spørreundersøkelsen om arbeidsoppgavene i teamet, var det noen informanter som misforstod instruksjonene i spørreskjemaet. Det resulterte i svar som ikke kunne brukes, og ble derfor slettet. Eksempelvis klarte noen informanter å fordele 400 % som teamets samlede mengde av aktuelle arbeidsoppgaver, samtidig som det i instruksjonen tydelig stod at summen av de forskjellige faggruppene prosent skulle være teamets totale mengde på 100 % for aktuell arbeidsoppgave. Som et statistisk mål på om det forekommer en god reliabilitet eller hvor god den interne konsistensen er i et sammensatt mål, brukes Cronbachs alpha (Ringdal, 2013).

Dimensjonalitet betyr at jeg må ta høyde for å samle variabler som gir endimensjonale sammensatte mål. Det ville ikke blitt endimensjonale mål om det skulle vise seg at de sammensatte målene egentlig bestod av flere dimensjoner eller flere nyanser av fenomenet.

Analyseredskap

Etter at spørreundersøkelsen ble avsluttet, ble data overført til statistikk-programmet *IBM SPSS Statistics v.21.0*. Dette programmet er videre brukt i alle analysene som presenteres i påfølgende kapittel, med unntak av Figur 6a hvor *Excel 2013* er brukt for å lage alle søylediagrammene differensiert på farge. Excel er avhengig av tabeller for å lage søylediagrammene, og data til tabellene er overført fra SPSS til Excel i den anledningen.

I statistikk- og analyse verktøyet SPSS ble det foretatt en del deskriptiv statistikk-analyser, hvor målet har vært å hente ut beskrivende statistikk for å påvise funn. Det er ikke presentert deskriptiv statistikk for alle variabler eller sammensatte variabler i neste kapittel, men det er gjort for de variabler hvor en beskrivende statistikk i form av tabeller eller figurer står best alene.

Deler av spørreundersøkelsen inneholdt variabler som var tenkt som sammensatte mål på et eller flere fenomen, jamfør avsnittet om dimensjonalitet tidligere i dette kapittelet. For å finne de variablene som kunne styrke validiteten statistisk sett, ble det foretatt komponentanalyser. Disse analysene vil statistisk måle hvilke variabler som får høye latente verdier inn mot et eller flere sammensatte mål, som også kalles komponentgrupper eller dimensjoner (Ringdal, 2013). Cronbachs alpha-analyser kontrollerte for statistisk reliabilitet ved komponentgruppene.

Både med de enkeltstående variablene og de sammensatte variablene ble det kjørt variansanalyser, for å se om det var signifikante forskjeller eller ikke ved funnene og grupperingene. Variansanalysene som ble brukt på dette datamaterialet var enveis ANOVA-tester for uavhengige variabler, enveis ANOVA-tester for repeterte målinger og for de ANOVA-testene hvor antakelsen for lik varians mellom differanseestimatene ble avfeid ved Mauchly test – ble det i tillegg rapportert en MANOVA-test i form av Pillai's Trace. Alle ANOVA-testene og MANOVA-testen er i henhold til Field (2013) sine anbefalinger. Effektstørrelsen for ANOVA-testene er regnet ut ved bruk av omega (ω), som inneholder en justering i forhold til at man prøver å estimere effektstørrelsen for populasjonen (Field, 2013).

For å se på sammenhenger mellom to sammensatte mål, ble det brukt en korrelasjonsanalyse i SPSS. Pearsons korrelasjonsanalyse ble valgt da dette er en av de vanligste metodene for å finne en korrelasjon mellom kontinuerlige variabler (Ringdal, 2013).

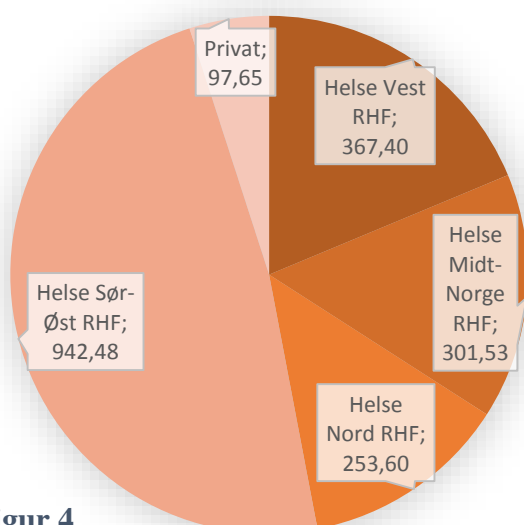
Resultater og analyse

Her vil jeg presentere resultater og analyser fra spørreundersøkelsen som ble utført blant de kliniske ansatte og poliklinikklederne ved BUP poliklinikker i Norge november/desember 2014.

Deskriptiv statistikk om informantene og populasjonen

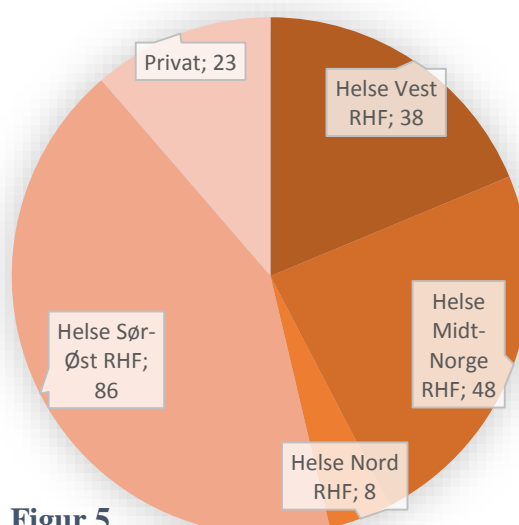
Samtidig som det ble sendt ut spørreskjema til de kliniske ansatte i BUP poliklinikker i Norge, foretok jeg en spørreundersøkelse blant lederne ved poliklinikkene. Grunnen til det var å innhente statistikk om populasjonen for dette forskningsprosjektet. Populasjonen ble av meg definert som alle kliniske ansatte i BUP poliklinikker, som jobber minst 20 % klinisk.

For å kunne sammenlikne informantene med populasjonen, presenterer jeg figurer og tabeller som har lik inndeling av de to gruppene side om side.



Figur 4

Figur 4 viser antall årsverk i populasjonen, fordelt på regionalt helseforetak og private klinikker. Totalt antall årsverk i populasjonen er 1962,66. Tallene inne i kakediagrammet viser hvor mange årsverk fra de forskjellige regionale helseforetak og de private klinikkene.



Figur 5

Figur 5 viser antall informanter fordelt på regionalt helseforetak og private klinikker. $n = 203$. Tallene inne i kakediagrammet viser hvor mange informanter fra de forskjellige regionale helseforetak og de private klinikkene.

Ved å sammenlikne Figur 4 og Figur 5, gjør jeg en frafallsanalyse som kan si noe om den ytre validiteten – om det er mulig med en skjønsmessig generalisering. Informantene i Figur 5 ser ut til å fordele seg i nokså like RHF-grupper (størrelsen på kakestykkene) i forhold til totalantallet slik som antall årsverk fordeles i RHF-grupper (størrelsen på kakestykkene). Den

mest vesentlige forskjellen er at Helse Nord er noe underrepresentert, og private klinikker, samt Helse Midt-Norge er noe overrepresentert.

Tabell 1

Tabell 1 viser antall årsverk i populasjonen fordelt på faggrupper.

Faggrupper i populasjonen	Antall årsv.
Pedagoggruppen totalt	325,85
Psykologgruppen totalt	828,81
Legegruppen totalt	333,40
Sosionomgruppen totalt	263,35
Andre faggrupper totalt	211,25
Totalsum	1962,66

Tabell 2

Tabell 2 viser antall informanter fordelt på faggrupper. n = 203.

Faggrupper blant informantene	Antall
Pedagog	28
Spesialist i klinisk pedagogikk	55
Pedagoggruppen totalt	83
Psykolog	26
Psykologspesialist	45
Psykologgruppen totalt	71
Lege i spesialisering (LIS)	9
Overlege / barne- og ungdoms psykiater	18
Legegruppen totalt	27
Sosionom	1
Klinisk sosionom	12
Sosionomgruppen totalt	13
Atferdsterapeut	1
Barnevernspedagog	1
Klinisk barnevernspedagog	4
Miljøterapeut	1
Sykepleier	1
Psykiatrisk sykepleier	1
Andre faggrupper totalt	9
Totalsum	203

Tabell 2 viser at det er flest fra pedagoggruppen med i spørreundersøkelsen. Tabellen viser videre at psykologgruppen er den nest største faggruppen i spørreundersøkelsen, slik at det kunne tyde på at pedagoggruppen i populasjonen inneholder flere ansatte enn psykologgruppen i populasjonen. Det samsvarer ikke med virkeligheten, slik det fremkommer i Tabell 1. Med andre ord er pedagoggruppen noe overrepresentert av informanter prosentvis i forhold til totalt antall informanter. Legegruppen og pedagoggruppen er omtrent like store i populasjonen, og burde sånn sett hatt like mange informanter med i undersøkelsen. I forhold til antall informanter i pedagoggruppen er derfor både psykologgruppen og legegruppen noe underrepresentert. De resterende to gruppene kan virke til å samsvare greit i forhold til populasjonen.

Tabell 1

Tabellen viser antall årsverk i populasjonen, fordelt på helseforetak. Totalt antall årsverk er 1962,66.

St.Olavs Hospital HF 132,10	Nord Trøndelag HF 63,93	Helse Møre og Roms. HF 105,50	Nordlands-sykehuset HF 84,70	Helgelands-sykehuset HF 34,30	Univ.sykehus. No.-Norge HF 81,00	Finnmarks-sykehuset HF 53,60	Helse Førde HF 44,15	Helse Bergen HF 126,25	Helse Fonna HF 70,00
Helse Stavang. HF 127,00	Sørlandet sykehus HF 71,60	Sykehuset Telemark HF 66,50	Vestre Viken HF 148,50	A-hus Univ. Sykehus HF 217,50	Oslo Univ. Sykehus HF 107,35	Sykehuset i Vestfold HF 66,53	Sykehuset Østfold HF 114,70	Sykehuset Innlandet HF 149,80	Private klinikker 97,65

Tabell 2

Tabellen viser antall informanter fordelt på helseforetak. $n = 203$.

St.Olavs Hospital HF 46	Nord Trøndelag HF 2	Helse Møre og Roms. HF 0	Nordlands-sykehuset HF 2	Helgelands-sykehuset HF 3	Univ.sykehus. No.-Norge HF 0	Finnmarks-sykehuset HF 3	Helse Førde HF 4	Helse Bergen HF 17	Helse Fonna HF 3
Helse Stavang. HF 14	Sørlandet sykehus HF 0	Sykehuset Telemark HF 1	Vestre Viken HF 17	A-hus Univ. Sykehus HF 38	Oslo Univ. Sykehus HF 5	Sykehuset i Vestfold HF 4	Sykehuset Østfold HF 7	Sykehuset Innlandet HF 14	Private klinikker 23

Tabell 4 viser at det er flest informanter fra St.Olavs Hospital, noe som kunne tyde på at BUP klinikk ved St.Olavs Hospital er den største i landet. Det stemmer ikke, som man kan se i Tabell 3. Overrepresentasjonen av pedagoggruppen og informanter fra St.Olavs Hospital er omtalt i *Metodekapittelet* på side 21. Jeg synes likevel at de fleste andre helseforetak representeres greit ut fra hvor mange årsverk det er i populasjonen. Større helseforetak har *flere* (dvs $n > 5$) informanter med i undersøkelsen, mindre helseforetak har *færre* (dvs $n < 5$) eller ingen med i undersøkelsen. De som skiller seg vesentlig ut fra dette er Helse Møre og Romsdal HF som burde hatt med flere informanter ($n = 0$), og private klinikker som er noe overrepresentert ($n = 23$) i forhold til flere større helseforetak. Ideelt sett skulle det vært 10 % informanter fra hver populasjonsgruppe, vedrørende helseforetakene.

En annen måte å sammenlikne Tabell 3 og Tabell 4 er å se på hvordan informantene fordeles mellom landsbygd og byer. Med unntak av Oslo (Oslo Universitetssykehus HF) og Tromsø (Universitetssykehuset i Nord-Norge HF), ser det ut til at byene med folkerike boligområder er bedre representert sammenliknet med bygd og mindre byer. Dermed er det riktig at de private klinikkene er godt representert også (som ligger i byene Oslo og Bergen).

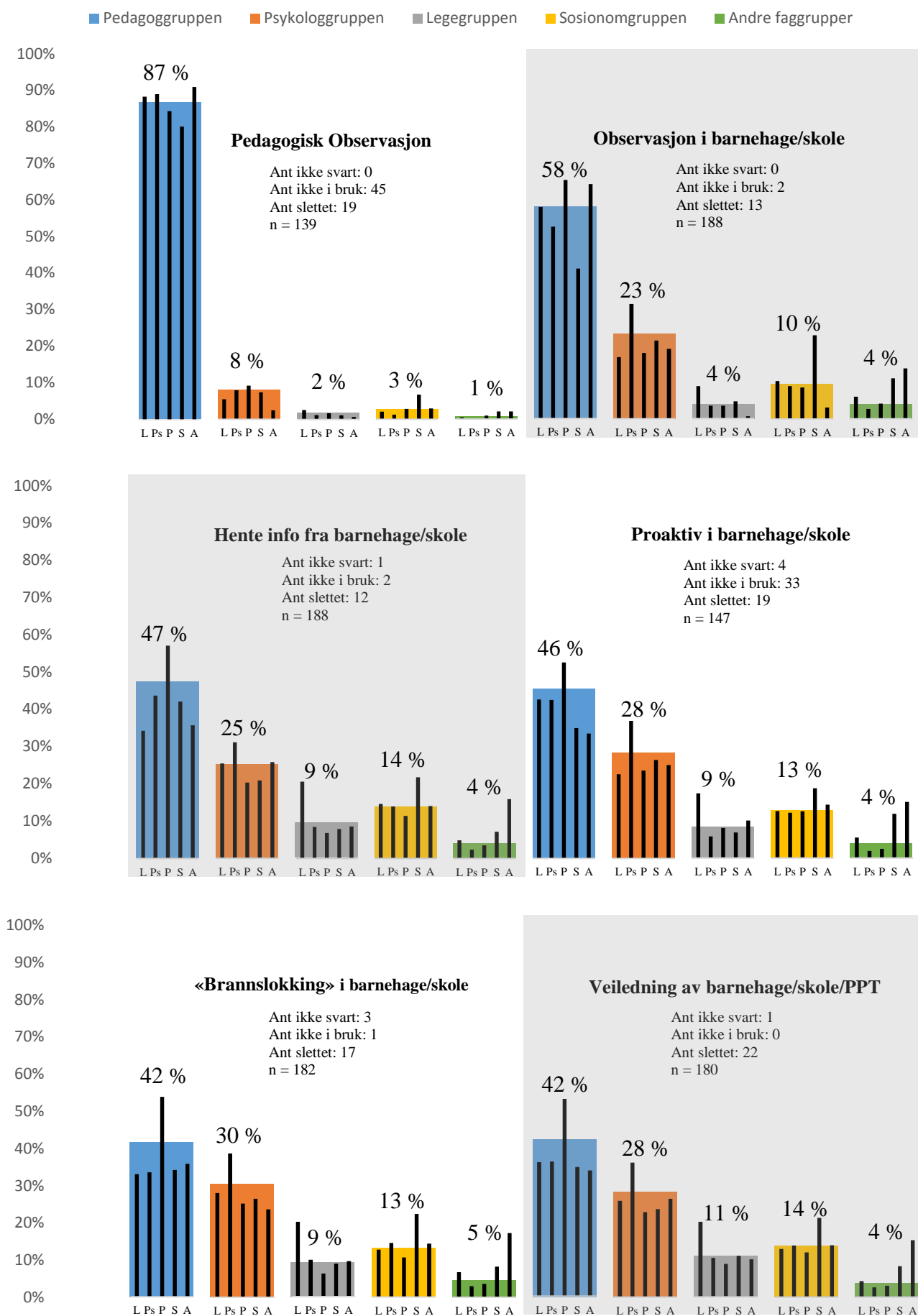
Ut fra disse frafallsanalysene som er gjort ved en sammenlikning av tabellene og figurene presentert i begynnelsen av dette kapittelet, mener jeg det er mulig med en forsiktig skjønnsmessig generalisering.

Resultater og analyser av undersøkelse om oppgavefordeling i BUP-teamet

Denne delen av spørreundersøkelsen handlet om hva de forskjellige informantene mente om oppgavefordelingen, eller hvem som brukte hvilke oppgaver ved de team informantene selv representerer. De 18 arbeidsoppgavene som her presenteres, var gjennom en pilotundersøkelse i forkant (beskrevet i *Metode*kapitlet, side 22). Informantene skulle i denne delen av spørreundersøkelsen fordele arbeidsoppgavene på de 5 oppgitte faggruppene, hvor 100 % tilsvarte teamets samlede bruk av aktuell arbeidsoppgave. Informantene representerer sitt eget team i denne delen av undersøkelsen. De 5 faggruppene er pedagoggruppen, psykologgruppen, legegruppen, sosionomgruppen og andre faggrupper. I presentasjonen av funnene fra denne delen av spørreundersøkelsen på de påfølgende sidene, er det også presentert de ulike faggruppenes samlede formening om hvem som gjør hvor mye ved hvert enkelt arbeidsoppgave. Se forklaring til Figur 6.

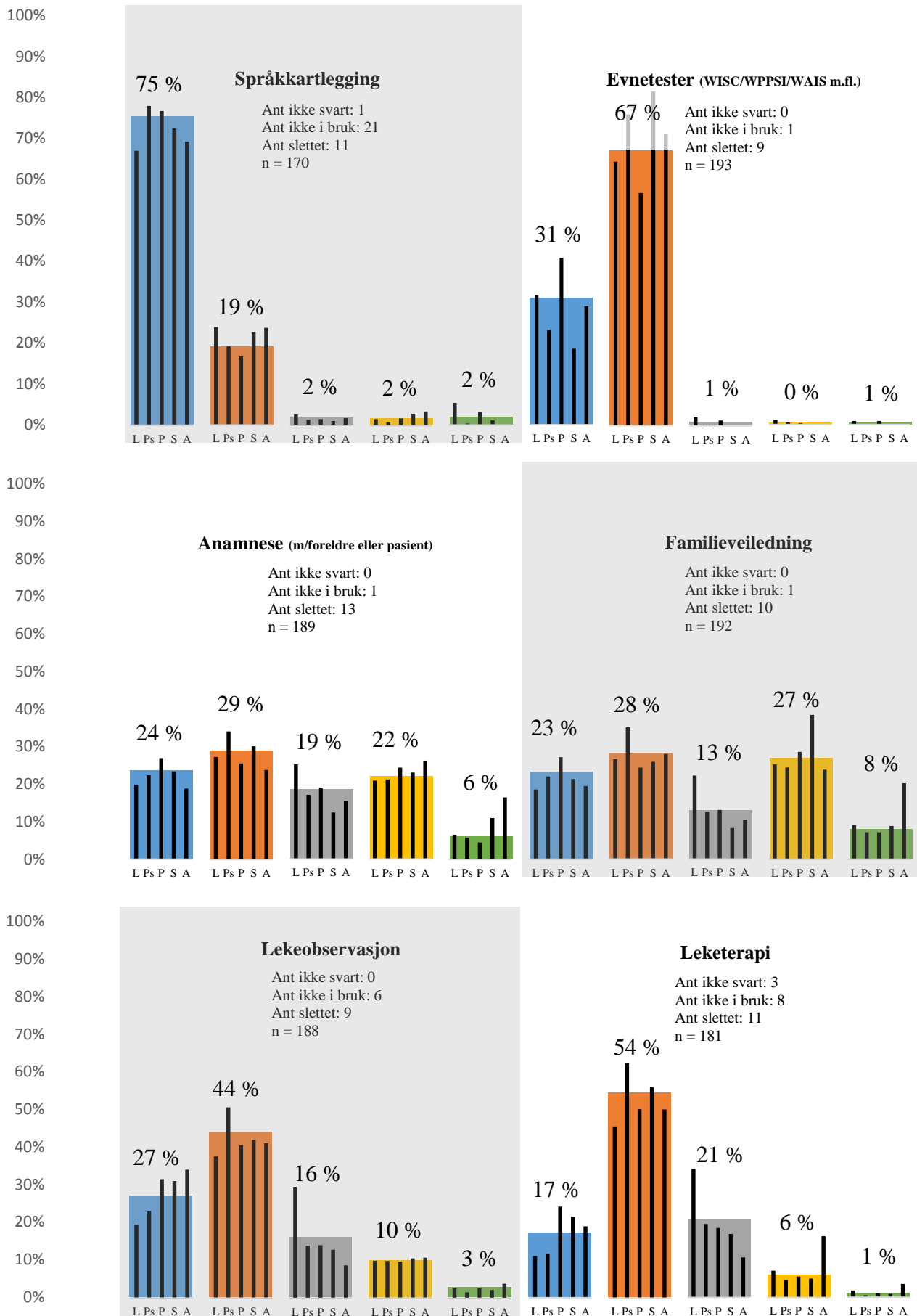
Noen få informanter misforstod i spørreundersøkelsen, og klarte å fordele såpass mange prosent på de forskjellige faggruppene at den totale prosenten ved teamet ble opp mot 400 %. Disse svarene er imidlertid slettet (se også forklaring til Figur 6a og om reliabilitet side 23).

De 7 første arbeidsoppgavene er oppgaver som er antatt å være fagspesifikke for pedagoggruppen, ut fra egne erfaringer og pilotundersøkelsen i BUP klinikk, St.Olavs Hospital. *Evnetester* ble antatt å være noenlunde likt fordelt mellom pedagoggruppen og psykologgruppen. Resten av oppgavene var forventet å være fagspesifikke på andre faggrupper enn pedagoggruppen, men ble tatt med for å se hvilke arbeidsoppgaver pedagoggruppen eventuelt likevel gjorde.



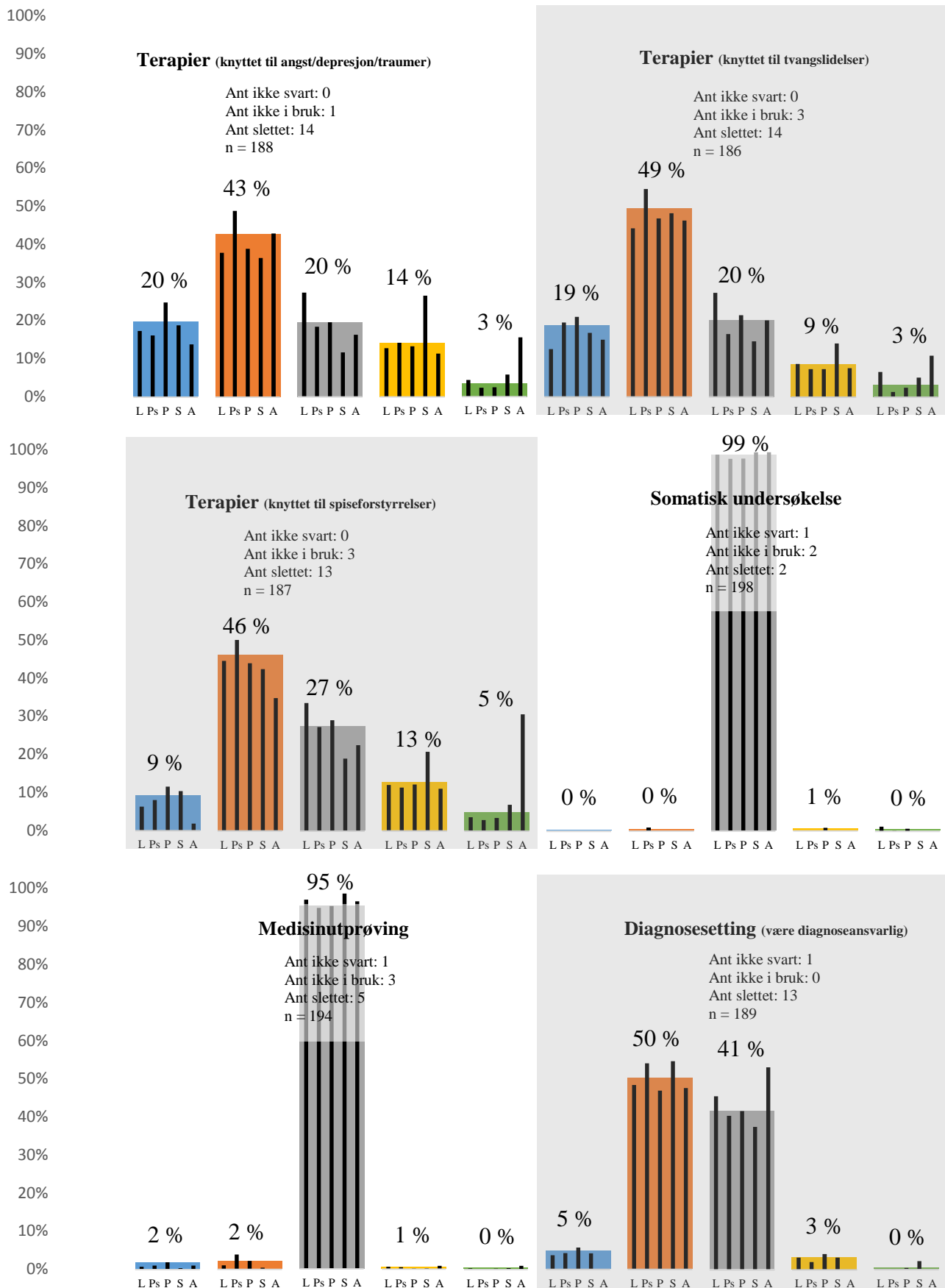
Figur 6a

Figur som viser arbeidsfordelingen av fagspesifikke oppgaver ved de team informantene representerer i BUP poliklinikker i Norge.



Figur 6b

Figur som viser arbeidsfordelingen av fagspesifikke oppgaver ved de team informantene representerer i BUP poliklinikker i Norge.



Figur 6c

Figur som viser arbeidsfordelingen av fagspesifikke oppgaver ved de team informantene representerer i BUP poliklinikker i Norge.

Figur 6

Figur 6a, b og c inneholder 18 arbeidsoppgaver som man i utgangspunktet skulle forvente var fagspesifikke. De svarte søylene representerer de gjennomsnittlige prosentfordelingene informantene, fordelt på faggrupper (heretter kalt informantgrupper), mente at de ulike faggruppene har av aktuell oppgave ved sitt team.

L=Legegruppen, Ps=Psykologgruppen, P=Pedagoggruppen, S=Sosionomgruppen og A=Andre faggrupper.

De fargede søylene er gjennomsnittlig prosentfordeling ved alle informantene sett under ett. Ved samtlige arbeidsoppgaver og de tilhørende 5 faggruppene (de fargede søylene ved hver arbeidsoppgave) var informantgruppene såpass uenig i prosentfordelingen at det var signifikante forskjeller, gjelder kun for 7 første arbeidsoppgavene. Se vedlegg 1 på side 65 for å se signifikans forskjellen og deskriptiv statistikk i tabeller. Selv om informantgruppene stort sett viser signifikant uenighet ut fra statistiske tester, viser søylediagrammet likevel at de stort sett er enig med gjennomsnittlig prosentfordeling hentet fra alle informantene (de fargede søylene) når det gjelder hvilke faggrupper som gjør mest, middels eller minst av de forskjellige arbeidsoppgavene. Dette vises godt når \bar{x} av n viser at for eksempel pedagoggruppen (ved blå søyle) gjør mest av aktuell arbeidsoppgave, hvor \bar{x} av de forskjellige informantgruppene stort sett er enige i dette (svarte søyler oppå den blå søylen). Ant ikke svart betyr hvor mange informanter som ikke svarte for aktuell arbeidsoppgave i spørreundersøkelsen. Ant ikke i bruk betyr hvor mange informanter som mener at aktuell arbeidsoppgave ikke er i bruk ved det team informantene representerer. Ant slettet viser hvor mange informanter som er slettet ved aktuell arbeidsoppgave ut fra at informantene ikke gir et pålitelig svar. Informanten har da avgitt en samlet svarprosent som enten ligger under 90 % eller over 110 % totalt for alle faggruppene ved det teamet informantene representerer. n varierer ut fra ant ikke svart, ant ikke i bruk og ant slettet.

Figurene på de 3 foregående sidene viser en mengde informasjon om gjennomsnittlig fordeling av arbeidsoppgavene på teamene samlet på nasjonalt nivå i form av fargede søyler og i informantgrupper i form av svarte søyler. Selv om informantgruppene ikke er helt enige, men samler seg rundt de landsomfattende gjennomsnittene for arbeidsfordelingen på de ulike faggruppene, er det likevel mulig å hente ut informasjon om hvem som gjør mest og minst i de 18 arbeidsoppgavene som er presentert. Det er dog viktig å nevne at aktuell informasjon kun er målt ut fra de 203 informantene som var med i spørreundersøkelsen. Funn som presenteres videre, er i lys av at det er informantenes formening, og ikke alle de kliniske ansatte i BUP poliklinikker i Norge. Selv om jeg bruker begreper som nasjonalt og landsomfattende og sikter til at informantene er hentet fra hele landet, så skal jeg være forsiktig med generaliseringen.

Figur 6a viser som forventet at de 7 første arbeidsoppgavene gjøres mest av pedagoggruppen. Det er oppgaver som språkkartlegging av pasienter; proaktiv deltakelse, veiledning og «brannsløkking» i barnehage/skole; hente informasjon fra barnehage/skole; observasjon i barnehage/skole og pedagogisk observasjon – hvor sistnevnte oppgave gjøres desidert mest av pedagoggruppen sammenliknet med de andre 6 nevnte arbeidsoppgavene. Særlig psykologgruppen er å finne som aktive utøvere av de 7 nevnte arbeidsoppgavene, men også legegruppen, sosionomgruppen og de andre klinikerne er utøvere av arbeidsoppgavene. Språkkartleggingen gjøres mest av pedagoggruppen, noe også av psykologgruppen og lite av de andre faggruppene.

Evnetester gjøres mest av psykologgruppen ifølge informantene, og en god del også av pedagoggruppen – med en fordeling tilnærmet 70 – 30 prosent. Med andre ord gjøres oppgaven omtrent utelukkende av de to faggruppene. Anamnese er tilnærmet likt fordelt på alle faggruppene, med unntak av andre faggrupper som gjør mindre enn pedagog-, psykolog-, lege- og sosionomgruppene. Når det gjelder lekeobservasjon og terapier knyttet til angst, depresjon, traumer, tvangslidelser, spiseforstyrrelser, samt leketerapi, er det ifølge informantene psykologgruppen som gjør disse arbeidsoppgavene mest. De andre faggruppene gjør også sin del og ganske likt av de nevnte arbeidsoppgavene, hvor andre faggrupper i liten grad gjør disse arbeidsoppgavene. Somatisk undersøkelse og medisintprøving gjøres omtrent utelukkende av legegruppen. Det rapporteres dog at både psykologgruppen og pedagoggruppen gjør noe medisintprøving. Det er veldig lite utslag på det nasjonale gjennomsnittet, men noen fra pedagog- og psykologgruppen må gjøre dette i tilstrekkelig grad til at det blir lagt merke til. Diagnosesetting gjøres ifølge informantene mest av psykologgruppen og legegruppen, hvor psykologene er ca 50 % og legene ca 40 % diagnoseansvarlige. Her rapporteres også at enkelte fra pedagog- og sosionomgruppen prøver seg som diagnoseansvarlige.

En arbeidsoppgave som antakelig er forbeholdt pedagoggruppen og som ikke ble tatt med i figuren, men som ble nevnt av noen informanter i spørreundersøkelsen – er *pedagogisk terapi*. Den kunne vært regnet med som den 8. arbeidsoppgaven til pedagoggruppen, men fordi jeg mangler statistiske tall på denne, blir den kun nevnt som en mulig viktig arbeidsoppgave for pedagoggruppen i BUP.

De 7 første arbeidsoppgavene blir brukt videre i analyser for om datamaterialet viser signifikante forskjeller mellom oppgavefordeling på faggruppene. Det vil si om det er signifikante forskjeller på de fargede søylene i Figur 6. Analysene gjennomføres ved hjelp av ANOVA-tester for hver enkel arbeidsoppgave. Det er kun de 7 første arbeidsoppgavene som blir testet, fordi de er «pedagogoppgaver» ifølge informantene. Det er ikke en test på signifikante forskjeller mellom informantgruppens formening om hvor mye hver enkelt faggruppe gjør av aktuell arbeidsoppgave. Det kommer jeg tilbake til senere. Her kan ikke brukes en enveis uavhengig ANOVA-test, men en enveis ANOVA-test for repeterte målinger som måler varians mellom differanseestimatene (Field, 2013). Dette benyttes fordi samme type måling er repetert i forhold til alle 5 faggruppene for hver arbeidsoppgave. Fordi tabellene i ANOVA-testene krever utrolig mye plass i presentasjonen her, viser jeg til vedlegg 1 på side 65. Prosentkalaen som ble brukt i spørreundersøkelsen og som er presentert i Figur

6a, b og c, konverteres til en skala som går fra 1 til 21, hvor 1 tilsvarer 0 % og 21 tilsvarer 100 % med 5 % som intervall. ANOVA-testene presenteres i Tabell 3.

Tabell 3

Tabell som viser deskriptiv statistikk på de 7 første arbeidsoppgavene (se Figur 6a på side 30) og enveis ANOVA-tester for repeterte målinger. For samtlige 7 arbeidsoppgaver viser Mauchly's test of sphericity at det er signifikante forskjeller i arbeidsfordelingen mellom faggruppene. Ved justering av frihetsgradene som korrigeres ved bruk av Greenhouse-Geisser og Huynh-Feldt, viser disse to og Lower-bound at det fortsatt er signifikante forskjeller i fordelingen. I tabellen er det kun tatt med sammenlikning av de øvrige faggruppene opp mot pedagoggruppen, ved en Post-hoc-test justert med Bonferroni. Se vedlegg nr 1 side 65 for mer info!

Arbeidsoppgave	Statistiske målinger	Pedagoggruppen	Psykologgruppen	Legegruppen	Sosionomgruppen	Andre faggrupper
Pedagogisk observasjon (n = 140) ^{NB!}	Gjennomsnitt	18,20	2,59	1,35	1,54	1,16
	St.avvik	4,540	2,738	,952	1,343	,702
	Forskjell fra pedagoggruppen		15,607*	16,850*	16,657*	17,043*
Observasjon i skole/b.hage (n = 188) ^{NB!}	Gjennomsnitt	12,64	5,68	1,81	2,94	1,81
	St.avvik	4,958	3,112	1,195	2,091	1,839
	Forskjell fra pedagoggruppen		6,963*	10,835*	9,707*	10,830*
SkoleInfo (n = 186) ^{NB!}	Gjennomsnitt	10,45	6,04	2,89	3,74	1,80
	St.avvik	4,887	2,955	2,011	2,080	1,840
	Forskjell fra pedagoggruppen		4,403*	7,554*	6,710*	8,651*
Proaktive samt. m/ skole/b.hage (n = 147) ^{NB!}	Gjennomsnitt	10,10	6,67	2,70	3,58	1,80
	St.avvik	4,659	3,488	2,032	2,269	2,329
	Forskjell fra pedagoggruppen		3,429*	7,401*	6,524*	8,306*
«Brannsløkking» i skole/b.hage (n = 180) ^{NB!}	Gjennomsnitt	9,34	7,07	2,85	3,66	1,92
	St.avvik	4,343	3,163	1,993	2,091	2,156
	Forskjell fra pedagoggruppen		2,272*	6,489*	5,678*	7,422*
Veiledning til skole/b.hage (n = 179) ^{NB!}	Gjennomsnitt	9,45	6,65	3,23	3,77	1,75
	St.avvik	4,495	2,861	2,110	2,008	1,801
	Forskjell fra pedagoggruppen		2,799*	6,218*	5,682*	7,698*
Språkkartlegging (n = 168) ^{NB!}	Gjennomsnitt	16,02	4,86	1,34	1,33	1,40
	St.avvik	5,354	4,502	,972	1,041	2,350
	Forskjell fra pedagoggruppen		11,167*	14,685*	14,696*	14,625*

* **Forskjellene mellom gjennomsnittene er signifikant på 0.05 nivået.**

NB! n er lik for alle fem faggruppene. n varierer mellom arbeidsoppgavene, fordi en del informanter har valgt å svare 0 % på alle faggruppene (noe som betyr at arbeidsoppgaven ikke brukes i den poliklinikk informantene representerer eller informantene er usikker). n varierer også fordi en del informanter ikke har valide svar, ut fra at sum mellom faggruppene ikke er nær nok 100 %.

Tabell 3 viser at det ved alle de 7 arbeidsoppgavene er signifikante forskjeller mellom pedagoggruppen og de øvrige faggruppene. Forskjeller mellom de øvrige faggruppene er ikke tatt med, da det ikke er interessant i forhold til denne studiens problemstilling, men de vises i vedleggene. Forskjellene indikerer tydelig at pedagoggruppen gjør mest av disse 7 arbeidsoppgavene.

Det er oppdaget i datamaterialet at det er forskjeller på bruken av de nevnte 7 arbeidsoppgavene ut fra geografisk område i Norge. Dette gjelder først og fremst ved arbeidsoppgaven «Pedagogisk observasjon» hvor det er vesentlige forskjeller fra Helse Sør-

Øst og de andre regionale helseforetakene. Ved Helse Sør-Øst svarer pedagoggruppen selv at det finnes team hvor denne arbeidsoppgaven ikke brukes. Som en kontroll på dette foretok jeg telefonintervju av de forskjellige BUP poliklinikkledere ved Helse Sør-Øst for å spørre om dette var tilfelle. Ved flere poliklinikker kan det bekreftes at «Pedagogisk observasjon» ikke brukes, men hvor «Barnehage/skoleobservasjon» brukes mer og oftere enn hos de poliklinikker som bruker «Pedagogisk observasjon».

Resultater og analyse på undersøkelse om holdninger

Denne delen av spørreundersøkelsen handler om holdninger til pedagoggruppen som de andre faggruppene i BUP poliklinikk har. For å teste holdninger motsatt vei, altså hvilke holdninger pedagoggruppen har til de andre ansatte, fikk derfor pedagoggruppen de samme spørsmålene differensiert på 3 faggrupper; psykolog-, lege- og sosionomgruppen. Her er data analysert ved hjelp av SPSS, i form av sentraltendens- og spredningsanalyser, komponentanalyser, reliabilitetsanalyser og ANOVA-tester. Alle disse testene kan ikke gjengis her i sin helhet fordi det ville tatt alt for stor plass, men et utvalg av analysene presenteres her i form av tabeller. Et større utvalg av analysene ligger som vedlegg, da er dette spesifisert ved aktuell tabell/figur. Denne delen av spørreskjemaet hadde totalt 40 spørsmål; 10 spørsmål som alle unntatt pedagoggruppen fikk, og 30 spørsmål kun til pedagoggruppen.

Komponentanalyser og reliabilitetsanalyser av datamaterialet angående holdninger

For å få til en så homogen gruppe av variabler som mulig, har jeg valgt å foreta en datareduksjon. Dette kan SPSS hjelpe meg med gjennom en komponentanalyse eller en faktoranalyse. Det er imidlertid veldig mange alternativ for slike analyser, men her presenteres de anbefalinger som Kristen Ringdal (2013) og Andy Field (2013) refererer til. Komponentanalysen vil hjelpe til med å finne en eller flere grupper eller komponenter som statistisk forklarer endimensjonalitet eller eventuelt flere underdimensjoner av de aktuelle variablene. Holdninger til pedagoggruppen må helst være endimensjonal om jeg skal kunne bruke det sammensatte målet videre i nye statistiske utregninger, eventuelt deles opp i underdimensjoner som må brukes hver for seg (Ringdal, 2013).

I disse analysene er det kjørt *Principal components analyser*, med *Direct oblmin* som rotasjonsmetode. Ved denne datareduksjonen ønsker jeg å rydde reduksjonen ved å velge *Exclude cases pairwise* og *Supress small coefficients* med *absolute value below 0,15*. Det er

til slutt kjørt reliabilitetstesten *Cronbachs Alpha*, benevnt som α . Reliabilitetstestene er gjort på de sammensatte målene eller komponentgruppene som kommer ut av komponentanalysene. For de følgende analysene gjelder samme fargekoder som i Figur 6.

■ Pedagoggruppen ■ Psykologgruppen ■ Legegruppen ■ Sosionomgruppen

Holdninger til pedagoggruppen

Tabell 4

Tabellen viser tall fra mønstermatrisen i en eksplorerende komponent analyse. Tallene i parentes er gjennomsnittene (av n) for hver enkel variabel. I tillegg viser tabellen egenverdien, variansprosenten, Cronbachs Alpha og gjennomsnitt for sumskårevariablene.

Variabler gruppert etter komponentanalysen	Komponent 1:	Komponent 2:
Komponent 1		
Holdning til pedagoggruppen		
Pedagogene ⁹ gjør en god jobb i BUP.	,874 ($\bar{x}=5,22$)	
Pedagogene ⁹ er nyttige for de andre ansatte i BUP.	,859 ($\bar{x}=5,29$)	
Pedagogene ⁹ er nyttige for pasientene i BUP. (Gjelder de pasientene pedagogen møter).	,881 ($\bar{x}=5,28$)	
Pedagogene ⁹ gjør meg tilfreds fordi de uttrykker forståelse for mitt perspektiv i utredningssaker.	,728 ($\bar{x}=4,79$)	
Pedagogen ⁹ gjør meg ofte lettet når han/hun har utført oppgaver i mine saker.	,758 ($\bar{x}=4,54$)	
Pedagogen ⁹ gjør meg ofte fornøyd når han/hun har utført oppgaver i mine saker.	,854 ($\bar{x}=4,87$)	
De andre i teamet (psykologer, leger og sosionomer – ikke pedagoger ⁹) opplever at pedagogene ⁹ har forståelse for deres (de andre i teamet sine) perspektiv i utredningssaker.	,803 ($\bar{x}=5,17$)	
Komponent 2		
Holdning om at pedagoggruppen burde jobbe kun som generalister		
Pedagogen ⁹ burde jobbe kun som en generalist i mine saker.		,951 ($\bar{x}=2,18$)
Pedagogen ⁹ burde jobbe kun som en generalist i saker vi arbeider sammen i.		,954 ($\bar{x}=2,31$)
Egenverdi	4,76	1,85
% av variansen	52,83	20,55
α	,916	,902
\bar{x} av sumskårevariablene	35,12	4,46
Skala konvertert fra variablenes skala (1 – 6)	7 - 42	2 – 12

Tabell 7 viser 7 variabler som har høye ladninger i komponentgruppe 1 og 2 variabler som har høye ladninger i komponentgruppe 2. For å måle *holdninger til pedagoggruppen blant de andre kliniske ansatte*, velges ut komponentgruppe 1. Dette sammensatte endimensjonale målet blir brukt i videre analyser. Komponentgruppe 2 kan samlet forklare *holdninger til at pedagoggruppen burde jobbe kun som generalister*. Tabell 7 viser at *holdninger til*

⁹ I spørreundersøkelsen ble begrepet *pedagog* brukt som betegnelse for både spesialpedagoger og spesialister i klinisk pedagogikk. Dette ble det opplyst om. Grunnen til dette er at det antakelig er den mest brukte betegnelsen på aktuell faggruppe i BUP rundt omkring i landet, selv om det er et noe misvisende begrep etter min mening.

pedagoggruppen blant de andre kliniske ansatte har et gjennomsnitt på 35,12 på en skala fra 7 til 42, med $\alpha = ,916$. Holdninger til at pedagoggruppen burde jobbe kun som generalister har et gjennomsnitt på 4,46 på en skala fra 2 til 12, med $\alpha = ,902$.

Komponentmønsteret i Tabell 7 brukes som mal for å tvinge frem et sammenlikningsgrunnlag for de påfølgende sammensatte målene som omhandler pedagoggruppens holdning til psykologgruppen, legegruppen og sosionomgruppen. Faktormønstrene som presenteres i de påfølgende tabellene er derfor ikke eksplorerende (slik som her), men konfirmerende. Det er også kjørt eksplorerende analyser for å kontrollsjekke resultatet, og det blir ikke særlige store forskjeller mellom de eksplorerende og konfirmerende analysene. Reliabilitetsanalysene ved de konfirmerende analysene indikerer likevel gode Cronbachs Alpha. Fordelen er at komponentmønstrene blir mer anvendbare til signifikanstesting, da de sammensatte målene inneholder variabler som bygger på de samme spørsmålene fra spørreundersøkelsen til de ulike faggruppene.

Holdninger til psykologgruppen (fra pedagoggruppen)

Tabell 5

Tabellen viser tall fra mønstermatrisen i en konfirmerende komponent analyse, bestemt ut fra den eksplorerende komponent analysen i Tabell 4. Tallene i parentes er gjennomsnittene (av n) for hver enkel variabel. I tillegg viser tabellen egenverdien, variansprosenten, Cronbachs Alpha og gjennomsnitt for sumskårevariablene.

Variabler gruppert etter komponentanalysen	Komponent 1:	Komponent 2:
Komponent 1		
Holdning til psykologgruppen		
Psykologene gjør en god jobb i BUP.	,874 ($\bar{x}=5,43$)	
Psykologene er nyttige for de andre ansatte i BUP.	,885 ($\bar{x}=5,34$)	
Psykologene er nyttige for pasientene i BUP. (Gjelder de pasientene psykologen møter).	,899 ($\bar{x}=5,39$)	
Psykologene gjør meg tilfreds fordi de uttrykker forståelse for mitt perspektiv i utredningssaker.	,740 ($\bar{x}=4,95$)	
Psykologen gjør meg ofte lettet når han/hun har utført oppgaver i mine saker.	,748 ($\bar{x}=4,17$)	
Psykologen gjør meg ofte fornøyd når han/hun har utført oppgaver i mine saker.	,911 ($\bar{x}=4,51$)	
De andre i teamet (pedagoger, leger og sosionomer – ikke psykologer) opplever at psykologene har forståelse for deres (de andre i teamet sine) perspektiv i utredningssaker.	,798 ($\bar{x}=4,86$)	
Komponent 2		
Holdning om psykologgruppen burde jobbe kun som generalister		
Psykologen burde jobbe kun som en generalist i mine saker.		,964 ($\bar{x}=2,48$)
Psykologen burde jobbe kun som en generalist i saker vi arbeider sammen i.		,968 ($\bar{x}=2,43$)
Egenverdi	4,96	1,90
% av variansen	55,1	21,06
α	,905	,938
\bar{x} av sumskårevariablene	34,68	5,00
Skala konvertert fra variabelenes skala (1 – 6)	7 - 42	2 – 12

Tabell 8 viser at gjennomsnittet for *holdninger til psykologgruppen fra pedagoggruppen* ligger på 34,68 på en skala fra 7 til 42, $\alpha = ,905$ og er satt sammen av variablene i komponentgruppe 1. Gjennomsnittet for *pedagoggruppens holdning til at psykologgruppen burde kun jobbe som generalister*, ligger på 5,00 på en skala fra 2 til 12, med $\alpha = ,938$ og er satt sammen av variablene i komponentgruppe 2.

Holdninger til legegruppen (fra pedagoggruppen)

Tabell 6

Tabellen viser tall fra mønstermatrisen i en konfirmerende komponent analyse, bestemt ut fra den eksplorerende komponent analysen i Tabell 4. Tallene i parentes er gjennomsnittene (av n) for hver enkel variabel. I tillegg viser tabellen egenverdien, variansprosenten, Cronbachs Alpha og gjennomsnitt for sumskårevariablene.

Variabler gruppert etter komponentanalysen	Komponent 1:	Komponent 2:
Komponent 1		
Holdning til legegruppen		
Legene gjør en god jobb i BUP.	,787 ($\bar{x}=5,29$)	
Legene er nyttige for de andre ansatte i BUP.	,897 ($\bar{x}=5,30$)	
Legene er nyttige for pasientene i BUP. (Gjelder de pasientene legen møter).	,914 ($\bar{x}=5,26$)	
Legene gjør meg tilfreds fordi de uttrykker forståelse for mitt perspektiv i utredningssaker.	,850 ($\bar{x}=4,89$)	
Legen gjør meg ofte lettet når han/hun har utført oppgaver i mine saker.	,795 ($\bar{x}=4,69$)	
Legen gjør meg ofte fornøyd når han/hun har utført oppgaver i mine saker.	,930 ($\bar{x}=4,82$)	
De andre i teamet (pedagoger, psykologer og sosionomer – ikke leger) opplever at legene har forståelse for deres (de andre i teamet sine) perspektiv i utredningssaker.	,867 ($\bar{x}=4,94$)	
Komponent 2		
Holdning om legegruppen burde jobbe kun som generalister		
Legen burde jobbe kun som en generalist i mine saker.		,980 ($\bar{x}=2,36$)
Legen burde jobbe kun som en generalist i saker vi arbeider sammen i.		,976 ($\bar{x}=2,34$)
Egenverdi	5,26	1,94
% av variansen	58,45	21,51
α	,938	,966
\bar{x} av sumskårevariablene	35,09	4,71
Skala konvertert fra variablenes skala (1 – 6)	7 - 42	2 – 12

Tabell 9 viser at *holdninger til legegruppen fra pedagoggruppen* har et gjennomsnitt på 35,09 på en skala fra 7 til 42, med $\alpha = ,938$ og at det sammensatte målet inneholder variabler fra komponentgruppe 1. *Pedagoggruppens holdning til at legegruppen burde jobbe kun som generalister* har et gjennomsnitt på 4,71 på en skala fra 2 til 12, med $\alpha = ,966$. Det sistnevnte sammensatte målet består av variabler fra komponentgruppe 2.

Holdninger til sosionomgruppen (fra pedagoggruppen)

Tabell 7

Tabellen viser tall fra mønstermatrisen i en konfirmerende komponent analyse, bestemt ut fra den eksplorative komponent analysen i Tabell 4. Tallene i parentes er gjennomsnittene (av n) for hver enkel variabel. I tillegg viser tabellen egenverdien, variansprosenten, Cronbachs Alpha og gjennomsnitt for sumskårevariablene.

Variabler gruppert etter komponentanalysen	Komponent 1:	Komponent 2:
Komponent 1		
Holdning til sosionomgruppen		
Sosionomene gjør en god jobb i BUP.	,882 ($\bar{x}=5,16$)	
Sosionomene er nyttige for de andre ansatte i BUP.	,915 ($\bar{x}=5,00$)	
Sosionomene er nyttige for pasientene i BUP. (Gjelder de pasientene sosionomen møter).	,909 ($\bar{x}=5,09$)	
Sosionomene gjør meg tilfreds fordi de uttrykker forståelse for mitt perspektiv i utredningssaker.	,830 ($\bar{x}=4,75$)	
Sosionomen gjør meg ofte lettet når han/hun har utført oppgaver i mine saker.	,809 ($\bar{x}=4,24$)	
Sosionomen gjør meg ofte fornøyd når han/hun har utført oppgaver i mine saker.	,856 ($\bar{x}=4,41$)	
De andre i teamet (pedagoger, psykologer og leger – ikke sosionomer) opplever at sosionomene har forståelse for deres (de andre i teamet sine) perspektiv i utredningssaker.	,810 ($\bar{x}=4,80$)	
Komponent 2		
Holdning om sosionomgruppen burde jobbe kun som generalister		
Sosionomen burde jobbe kun som en generalist i mine saker.		,984 ($\bar{x}=2,76$)
Sosionomen burde jobbe kun som en generalist i saker vi arbeider sammen i.		,984 ($\bar{x}=2,71$)
Egenverdi	5,2	1,93
% av variansen	57,82	21,39
α	,937	,972
\bar{x} av sumskårevariablene	33,30	5,49
Skala konvertert fra variablenes skala (1 – 6)	7 - 42	2 – 12

Tabell 10 viser at det sammensatte endimensjonale målet for *holdninger til sosionomgruppen fra pedagoggruppen* har et gjennomsnitt på 33,30 på en skala fra 7 til 42, med $\alpha = ,937$ og at det sammensatte målet består av variabler fra komponentgruppe 1. *Pedagoggruppens holdninger til at sosionomene burde jobbe kun som generalister* har et gjennomsnitt på 5,49 på en skala fra 2 til 12, med $\alpha = ,972$. Dette sammensatte målet består av variabler fra komponentgruppe 2.

Signifikante forskjeller på holdninger til pedagoggruppen av de forskjellige faggruppene

Det er av interesse å finne ut om det er signifikante forskjeller på de ulike faggruppens holdninger til pedagoggruppen. Det er ikke så lurt å signifikant teste eventuelle forskjeller ved hjelp av t-tester. Grunnen til dette er at man måtte ha testet to grupper om gangen helt til alle gruppene var testet mot hverandre, noe som ville gitt en altfor høy α og forkastningsområdet

blir for stort (Ringdal, 2013). Derfor brukes heller en enveis variansanalyse eller en ANOVA-test som er F-fordelt (Field, 2013).

Tabell 8

Tabell som viser deskriptiv statistikk om de ulike faggruppene i kolonnen helt til venstre, og en enveis ANOVA-test hvor kun Bonferroni-testen er gjengitt i tabellen. Gjennomsnittene som signifikant testes er de ulike faggruppene samlet holdning til pedagoggruppen, hvor det er oppdaget en signifikant forskjell; $F(3, 108) = 3,72$; $p = ,014$; $\omega = ,26$. For mer info om ANOVA-testen, se vedlegg nr 2 side 73.

(I) Faggrupper	(J) Faggrupper	Gjennomsnittlig forskjell (I-J)	Standardfeil	Sig	95% konfidensintervall	
					Nedre grense	Øvre grense
Legegruppe n = 25 $\bar{x} = 34,40$ SD = 6,39	Psykologgruppe	-1,041	1,509	1,000	-5,10	3,01
	Sosionomgruppe	-4,183	2,266	,405	-10,27	1,91
	Andre faggr.	5,829	2,759	,222	-1,59	13,24
Psykologgruppe n = 68 $\bar{x} = 35,44$ SD = 6,46	Legegruppe	1,041	1,509	1,000	-3,01	5,10
	Sosionomgruppe	-3,142	2,020	,737	-8,57	2,29
	Andre faggr.	6,870	2,561	,051	-,01	13,75
Sosionomgruppe n = 12 $\bar{x} = 38,58$ SD = 4,46	Legegruppe	4,183	2,266	,405	-1,91	10,27
	Psykologgruppe	3,142	2,020	,737	-2,29	8,57
	Andre faggr.	10,012*	3,068	,009	1,76	18,26
Andre faggr. n = 7 $\bar{x} = 28,57$ SD = 9,13	Legegruppe	-5,829	2,759	,222	-13,24	1,59
	Psykologgruppe	-6,870	2,561	,051	-13,75	,01
	Sosionomgruppe	-10,012*	3,068	,009	-18,26	-1,76

* Forskjellene mellom gjennomsnittene er signifikant på 0.05 nivået.

Tabell 8 viser at det er et generelt høyt gjennomsnitt for *holdning til pedagoggruppen* blant de forskjellige faggruppene. *Andre faggrupper* har den laveste holdningen i form av et gjennomsnitt på 28,57 og *sosionomgruppen* har den høyeste holdningen i form av et gjennomsnitt på 38,58. Skalaen er som nevnt i Tabell 4 på side 37, fra 7 til 42. Tabell 11 viser at disse to nevnte faggruppene har en signifikant forskjell i *holdningen til pedagoggruppen*.

Signifikante forskjeller på holdninger til de forskjellige faggruppene fra pedagoggruppen

Det kan være interessant å se på holdningen til de forskjellige faggruppene, målt ut fra hva pedagoggruppen mener. Sumskårevariablene *holdning til psykologgruppen*, *holdning til legegruppen* og *holdning til sosionomgruppen* blir tatt med til en enveis ANOVA-test for repeterte målinger, fordi samme type måling ble repetert i forhold til hvilken faggruppe pedagoggruppen ble spurt om i spørreundersøkelsen.

Det viste seg ved en enveis ANOVA-test for repeterte målinger at antakelsen for lik varians mellom differanseestimatene ble avfeid ved Mauchlys test $\chi^2(2) = 13,86$; $p = ,001$. Av den grunn er Greenhouse-Geisser korrigerende test også rapportert: $\hat{\epsilon} = ,84$. Når lik varians ble avfeid, bygges det opp en større tillit til den multivariate testen (MANOVA) som her viser

ingen signifikante forskjeller mellom pedagoggruppens holdning til psykologgruppen, legegruppen og sosionomgruppen; $V = ,070$; $F(2, 68) = 2,56$; $p = ,085$ (Pillai's Trace). Følgelig er det ikke regnet ut en effektstørrelse, og heller ikke her lagt frem en Bonferroni test. En parvis sammenlikning justert i form av en Bonferroni test ligger likevel i vedlegg nr 3 side 74, fordi den også viser at det er ingen signifikante forskjeller på 0,05 nivået mellom faggruppene.

Resultater og analyse på undersøkelsen om nødvendigheten av pedagoggruppen i BUP

Denne delen av spørreundersøkelsen handler om hvorvidt informantene så pedagoggruppen som nødvendig i det kliniske arbeidet i BUP. Pedagoggruppen selv fikk de samme spørsmålene. Her har jeg valgt å dele utvalget på faggruppene. Dette har jeg gjort for å kunne sammenlikne hva pedagoggruppen synes om seg selv, kontra de andre faggruppene.

Komponentanalyse av nødvendigheten og bruken av pedagoggruppen i BUP

Tabell 9

Tabellen inneholder tall som viser ladningene for hver enkel variabel fra mønstermatrisen i en eksplorerende komponent analyse. Tallene i parentes er gjennomsnittene (av n) for hver enkel variabel. I tillegg viser tabellen egenverdien, variansprosenten, Cronbachs Alpha og gjennomsnitt for sumskårevariablene.

Variabler gruppert etter komponentanalysen	Komponent 1:	Komponent 2:
Komponent 1		
Nødvendigheten av å ha pedagoggruppen i BUP		
På grunn av utredningsplanene trengs det en pedagog til å utføre bestemte oppgaver for å komme fram til en diagnose.	,673 ($\bar{x}=4,17$)	
Pedagogene er nødvendig i alle utredningssakene	,620 ($\bar{x}=3,36$)	
Det ville vært mulig at en lege eller psykolog tok over disse oppgavene. ¹⁰	,827 ($\bar{x}=2,35$)	
Det ville vært mulig at førstelinjen (f.eks pedagoger ved PPT) tok over disse oppgavene. ¹⁰	,703 ($\bar{x}=2,55$)	
Komponent 2		
Bruken av pedagoggruppen i BUP		
Fagkompetansen til pedagogene blir brukt i teamet.		-,939 ($\bar{x}=4,89$)
Fagkompetansen til pedagogene blir brukt riktig i teamet i forhold til hensikten med delutredningen.		-,925 ($\bar{x}=4,44$)
Egenverdi	2,64	1,19
% av variansen	44,07	19,87
α	,674	,864
\bar{x} av sumskårevariablene	16,61	9,33
Skala konvertert fra variablenes skala (1 – 6)	4 – 24	2 – 12

¹⁰ Disse oppgavene referer til de oppgavene som informantene mente pedagoggruppen gjorde mest av. I spørreundersøkelsen fikk derfor informantene presentert en oversikt over hvordan de hadde prosentfordelt arbeidsoppgavene tidligere i undersøkelsen før de svarte på disse spørsmålene.

Tabell 12 viser at det sammensatte endimensjonale målet for *nødvendigheten av pedagoggruppen i BUP*, blir laget ut fra komponentgruppe 1. Dette sammensatte målet blir brukt i videre analyser. Komponentgruppe 2 danner det sammensatte målet; *bruken av pedagoggruppen*. *Nødvendigheten av pedagoggruppen i BUP* har et gjennomsnitt på 16,61 på en skala fra 4 til 24, med $\alpha = ,674$. *Bruken av pedagoggruppen* har et gjennomsnitt på 9,33 på en skala fra 2 til 12, med $\alpha = ,864$.

Signifikante forskjeller på synet om hvor nødvendig pedagoggruppen er for BUP

Når det viser seg å være signifikante forskjeller mellom faggruppene i forhold til holdning til pedagoggruppen, er det mest sannsynlig også forskjeller mellom faggruppenes syn på nødvendigheten av pedagoggruppen i BUP. Det er av interesse å finne ut om det er signifikante forskjeller, og eventuelt hvor store disse er. Det sammensatte målet i komponentgruppe 1 fra forrige avsnitt, blir brukt i en enveis uavhengig ANOVA-test med faggruppene oppdelt som informantgrupper som faktoren i testen.

Tabell 10

Tabell som viser deskriptiv statistikk om de ulike faggruppene i andre kolonne fra venstre (J) **Faggrupper**, og en enveis ANOVA-test hvor kun Bonferroni-testen med forskjellen til pedagoggruppen er gjengitt i tabellen. Det var ingen andre signifikante forskjeller i gjennomsnittene enn de som er gjengitt her. Gjennomsnittene som signifikant testes er de ulike faggruppenes syn på nødvendigheten av pedagoggruppen i BUP, og det ble funnet en signifikant forskjell på faggruppene; $F(4, 31) = 8,34$; $p = ,000$; $\omega = 0,36$. For mer info om ANOVA-testen og resten av Bonferroni-testen, se vedlegg nr 4 på side 75.

(I) Fag-gruppe	(J) Faggrupper	Gjennomsnittlig forskjell (I-J)	Standardfeil i Bonferroni-test	Sig	95% konfidensintervall	
					Nedre grense	Øvre grense
	Pedagoggruppen n = 79 $\bar{x} = 18,46$ SD = 3,88					
Pedagoggruppen	Legegruppen n = 27 $\bar{x} = 15,67$ SD = 3,19	2,789*	,923	,029	,17	5,41
	Psykologgruppe n = 70 $\bar{x} = 14,81$ SD = 4,60	3,641*	,680	,000	1,71	5,57
	Sosionomgruppe n = 13 $\bar{x} = 18,08$ SD = 4,23	,379	1,239	1,000	-3,14	3,90
	Andre faggrupper n = 7 $\bar{x} = 14,71$ SD = 5,22	3,741	1,633	,230	-,90	8,38

* Forskjellene mellom gjennomsnittene er signifikant på 0.05 nivået.

Tabell 13 viser at det var signifikante forskjeller på pedagoggruppens syn i forhold til de andre faggruppens *syn på om pedagoggruppen er nødvendig i BUP*; $F(4, 31) = 8,34$; $p = ,000$; $\omega = 0,36$. Tabellen viser at *pedagoggruppen* har et gjennomsnitt på 18,46 i synet på seg selv som nødvendig i BUP, på en skala fra 4 til 24. *Sosionomgruppen* er mest enig i dette med et gjennomsnitt på 18,08. Både *legegruppen* med et gjennomsnitt på 15,67 og *psykologgruppen* med et gjennomsnitt på 14,81 viser signifikante forskjeller fra pedagoggruppens gjennomsnitt. *Andre faggrupper* har det laveste gjennomsnittet på 14,71, men har likevel ikke en statistisk signifikant forskjell på sitt gjennomsnitt sammenliknet med pedagoggruppen. Med en $n = 7$ i andre faggrupper, blir teststyrken lav og ikke til å stole på.

Korrelasjon mellom nødvendighet av pedagoggruppen og holdning til pedagoggruppen

Det er interessant om synet på nødvendigheten av pedagoggruppen henger sammen med holdningen til pedagoggruppen. For å finne ut dette, brukes en korrelasjonsanalyse hvor sumskåren av *holdning til pedagoggruppen* og sumskåren av *nødvendigheten av pedagoggruppen* blir testet.

Informantene i spørreundersøkelsen hvor pedagoggruppen er utelatt i analysene, gir uttrykk for en sterk sammenheng mellom *nødvendigheten av pedagoggruppen* og *holdningen til pedagoggruppen*. Dette sees i Pearsons korrelasjonsanalyse, hvor $r = ,542$ og $p = ,000$ og er derfor signifikant på 0,01 nivået ved en tohalet analyse.

Oppsummerende drøfting

Dette forskningsprosjektet omhandler pedagoggruppens arbeidsoppgaver og betydning i forhold til de andre faggruppene, for å ivareta BUP sin tverrfaglige tilnærming til pasientene. I tverrsnittundersøkelsen var målet å finne de typiske arbeidsoppgavene for pedagoggruppen, og eventuelt om pedagoggruppen gjorde arbeidsoppgaver som regnes for å tilhøre andre faggrupper, samt om andre faggrupper gjorde «pedagogoppgaver». Målet for forskningsprosjektet var også å se hva som finnes av holdninger til pedagoggruppen og hva andre faggrupper mener om nødvendigheten av pedagoggruppen i spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det nyttig å se på hvilke holdninger pedagoggruppen har til de andre faggruppene i BUP. Jeg vil i dette kapittelet drøfte pedagoggruppens arbeidsoppgaver, de andre faggruppens holdninger og syn på nødvendigheten av pedagoggruppen i BUP i lys av det tverrfaglige mandatet BUP har i tilnærmingen til sine pasienter.

Pedagoggruppens arbeidsoppgaver

Ved 7 av de 18 arbeidsoppgavene som ble tatt med som fagspesifikke arbeidsoppgaver i studien, har informantene valgt ut pedagoggruppen som den faggruppen som gjør disse oppgavene signifikant mer enn de resterende faggruppene (se Tabell 6 på side 35). Dette vises godt også deskriptivt gjennom søylediagrammene i Figur 6a, side 30.

Pedagogisk observasjon gjøres ikke alle steder i landet, noe som først ble fanget opp i tverrsnittundersøkelsen (45 av $n = 203$; det vil si 22 % av informantene, mente oppgaven ikke var i bruk), og senere bekreftet gjennom telefonintervju med poliklinikkledere i og rundt Oslo. Likevel er det slik at de team og/eller poliklinikker som bruker denne type observasjon, fortrinnsvis bruker kliniske pedagoger til å utføre denne. Ingen annen arbeidsoppgave blant de 7 som pedagoggruppen gjør mest av, er såpass klart målt som en pedagogoppgave når den blant informantene gjennomsnittlig måles til å være gjort nesten 90 % av pedagoggruppen. Disse poliklinikkene som fortsatt bruker Pedagogisk observasjon fører derfor arven videre etter den første kliniske pedagogen (Anne Marit Sletten Duve) ved den første barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken i landet (Moe, 2003), selv om AMS-testen er revidert og modernisert til å passe inn i dagens tid, normer og klinisk praksis (Dahl, Lauvås, & Overvik, 2011). Ifølge Bronfenbrenner (1979) burde BUP være forsiktig med hva man konkluderer ved bruk av Pedagogisk observasjon. Det gjelder for så vidt også alt annet av kliniske verktøy hvor pasienten møter opp på et kontor (les: laboratorium) på en klinikk, hvis ikke annet

klinisk verktøy kan bekrefte samme type funn. Bronfenbrenner mente ikke at undersøkelser i laboratorium ikke skulle brukes, men ikke alene. Når BUP skal undersøke for pasienters skjevutvikling, så er det ifølge både Bronfenbrenner (1979), Hertz (2011) og poliklinikkveilederen (Helsedirektoratet, 2008) viktig med en holistisk tilnærming i utredningen og drøftingen. Da er det kanskje ikke rart at noen BUP poliklinikker i landet heller velger utredningsoppgaven beskrevet under, i stedet for Pedagogisk observasjon.

Observasjon i barnehage og skole og innhenting av informasjon fra barnehage og skole gjøres også oftere av pedagoggruppen enn de andre faggruppene, men ikke like enerådende som ved Pedagogisk observasjon. Faktisk gjøres disse arbeidsoppgavene en del av de andre faggruppene også. Om man overfører de funn Elin Kreyberg (2009) fant i sine studier om hvor viktig de pedagogiske erfaringene og kompetansen kan være i visse terapissettinger, burde disse arbeidsoppgavene kanskje fortrinnsvis utføres av pedagoggruppen. Grunnen til dette er at det ifølge Kreyberg (2009) krever en viss arena-kompetanse for å kunne utføre disse oppgavene med god kvalitet. Pedagoggruppen er også en av de få faggruppene i BUP hvor det er forventet en del erfaring i 1.linjen, kanskje aller helst i barnehage eller skole, for å kunne få jobbe i barne- og ungdomspsykiatrien og spesialisere seg innen klinisk pedagogikk (kliniskpedagogikk.no, 2011). Da får man ikke bare erfaring med barnehage og skole som arena som grunnlag for innblikk i barnehage- og opplæringsloven, men man får erfaring med normalbefolkningen og barn med spesielle behov samtidig. Det styrker muligens kvaliteten i observasjonen og innhenting av informasjon om pasienten fra barnehage og skole. Jeg oppfatter likevel at informantene mener at dette er en pedagogoppgave, ut fra at de mener pedagoggruppen gjør 58 % av observasjon i barnehage og skole, samt 47 % av innhenting av informasjon fra barnehage og skole. De resterende prosentene fordeler seg med noe høyere gjennomsnitt for psykologgruppen i forhold til de resterende gruppene, deretter sosionomgruppen, legegruppen og tilslutt andre faggrupper. Ser man disse 2 arbeidsoppgavene i lys av Bronfenbrenners (2009) krav om en holistisk tilnærming til barn og unges utvikling, er det ikke vanskelig å forstå at miljø har en viktig rolle her. Begge disse arbeidsoppgavene har som hovedmål å sjekke for pasientenes funksjonsnivå, opplæringssituasjon, risikofaktorer, ressurser, motivasjonsfaktorer og de pedagogiske forhold rundt pasienten jamfør noen av poliklinikkveilederens krav til utredning i BUP (Helsedirektoratet, 2008). Disse 2 arbeidsoppgavene er derfor meget viktige i utredningen, i og med at man har mulighet for å gå inn på pasientens mikrosystem både i form av klinikerens egne observasjoner og barnehagens/skolens utfyllende beskrivelser. For å videre

forstå mikrosystemet fullt ut, må man også ta høyde for de andre systemnivåene i den utviklingsøkologiske modellen. Eksempelvis er det viktig med godt samarbeid mellom barnehage/skole og hjem, og BUP bør ta høyde for dette og andre mesosystemer ut fra de opplysninger som hentes fra barnehage/skole. De mer indirekte systemnivåene (ekso- og makrosystemene) setter større krav til arenaforståelse, når BUP prøver å innhente informasjon eller observerer i barnehage/skole. Grunnen til det er at klinikerer må ha en forståelse for hva som indirekte kan påvirke pasienten i barnehage/skolesituasjoner. Dette kan være signifikante personers (lærere, assistenter og andre) egne erfaringer som påvirker barna/ungdommene, barnehagens/skolens kultur, regelverk og kultur i kommunen og ikke minst opplæringsloven og loven om spesialundervisning. Meget ofte har jeg selv hatt møte med frustrerte lærere som gjerne skulle kunne tilpasset mer når det gjelder de vanskene enkelte pasienter jeg har ansvar for i utredningen har, men de kommer til kort ut fra rammer, kulturer og noen ganger regelverket. Slik jeg ser dette i lys av både Bronfenbrenner (2009), Kreyberg (2009) og poliklinikkveilederen (Helsedirektoratet, 2008), vil det være vanskelig for andre faggrupper enn pedagoggruppen å gjøre en like god helhetsvurdering av pasienten innenfor disse 2 arbeidsoppgavenes mandat.

Proaktive samtaler med barnehage og skole. I den grad det er mulig for BUP å utføre dette, gjøres også dette mest av pedagoggruppen, mener informantene. I noen kommuner sitter representanter fra BUP i tverrfaglige team som skal være et lavterskel tilbud for barnehager og skoler. Lærere og barnehagelærere kan da komme til møtet og drøfte anonymt utfordringer som oppleves rundt enkelte elever. På et slikt møte kan BUP jobbe proaktivt, for å eventuelt slippe utredning i poliklinikk om dette ikke er nødvendig i form av veiledning av BUP i barnehagen eller skolen, eventuelt kan man også slippe innleggelse ved en akuttpost i barne- og ungdomspsykiatrien med visse grep i skolen. Det kan tenkes at informantene forbinder dette med spesialpedagogiske tiltak knyttet til klinisk pedagogikk, og i så fall er pedagoggruppen godt rustet for en slik arbeidsoppgave. Men det er nok mange steder BUP ikke klarer å jobbe proaktivt, og BUP har for så vidt ikke mandat eller bestilling fra Helsedirektoratet når det gjelder dette. Informantene mener at i den grad arbeidsoppgaven gjøres, så gjør pedagoggruppen 46 % av den. 33 informanter (det vil si 16 % av n = 203) mener arbeidsoppgaven ikke gjøres av det teamet og/eller poliklinikken de representerer. Jeg drøfter mer om denne arbeidsoppgaven under avsnittet om veiledning til barnehagen/skolen.

«Brannslukking» i barnehage og skole gjøres i 42 % av samlet bruk teamet har, av pedagoggruppen ifølge informantene. Hva som ligger i hvordan arbeidsoppgaven løses er i

undersøkelsen helt åpent, men man kan tenke seg at BUP i noen tilfeller av denne oppgaven stiller opp på møter med barnehagelærer eller lærer i skole for å roe ned situasjonen og gi støttende veiledning med mål om endringer. Grunnen til at jeg kaller dette «brannsløkking» er at BUP, som jeg selv har erfart, blir en del ringt opp av frustrerte lærere som har «prøvd alt» og hvor ingenting av det de har forsøkt fungerer. BUP går da gjerne fort inn og gjerne i samarbeid med PPT, før BUP kan gi konkret veiledning vedrørende pasientens eventuelle diagnose eller vansker fordi utredningen ikke er begynt eller er ferdig. Jeg vil her igjen minne om Kreybergs (2009) funn på arena-kompetanse for de klinikerne fra BUP som skal møte barnehagen eller skolen, samt ikke minst erfaring og kompetanse innen spesialpedagogiske tiltak på generelt grunnlag. Jeg mener pasientene, barnehagene og skolene således hadde vært mer tjent med at pedagoggruppen gjorde dette tiltaket, i den grad det er nødvendig. Nettopp fordi de andre faggruppene antakelig i stor grad måtte trå til støttende i barnehagen og skolen i form av *hypotetiske* eller *tentative* diagnoser/vansker og hva som skal til av tilrettelegging i forhold til de *tenkte* tilstandene. Det ville i stor grad blitt meget individrettede tiltak, og det er ikke sikkert veilederen ville ha fanget opp utfordringer på systemnivå eller pedagogiske forhold som også virker negativt inn på den fastlåste situasjonen. Pedagoggruppen bør kunne veilede i fastlåste situasjoner uavhengig av om utredningen er ferdig, ettersom pedagoggruppen uansett bør tenke spesialpedagogiske tiltak når det gjelder de utfordringene barnehagen/skolen beskriver eller pedagoggruppen observerer. Jeg drøfter mer om denne arbeidsoppgaven under avsnittet om veiledning til barnehagen/skolen.

Veiledning til barnehagen og skolen gjøres også i 42 % av teamets tilfeller av oppgaven, av pedagoggruppen, mener informantene. Denne oppgaven inneholder mye av de samme utfordringene som omtalt under de 2 forrige arbeidsoppgaver. Dessuten kan det mange ganger være vanskelig å skille mellom «brannsløkking» og veiledning, nettopp fordi et tiltak i «brannsløkkingen» vil være veiledning. Noen ganger kan det hende at veiledning i forhold til hvordan daglig undervisning bør være tatt i betraktning de funn har gjort ved pasienten, ikke er mulig for læreren å gjennomføre fordi det stormer så mye rundt pasienten på skolen. Med andre ord starter veiledningen med en form for «brannsløkking». Ved også denne arbeidsoppgaven mener jeg klinikerne som skal veilede barnehage og skole, bør kunne si noe om de spesialpedagogiske tiltakene lærerne må tenke gjennom etter at BUP har funnet en diagnose eller ikke, og derfor følgelig ha både spesialpedagogisk kompetanse og kompetanse innen klinisk pedagogikk. Pedagoggruppen bør kunne komme med anbefalinger innen psykiske- og nevrobiologiske lidelser som oversettes til tiltak innen spesialpedagogikk og

eventuelt også eksempler på didaktiske løsninger innen forskjellige fag. Enkelte steder fungerer veiledningen slik at andre faggrupper gir tilbakemeldinger til barnehage/skole og PPT, og spesialpedagogen ved barnehagen/skolen eller pedagogisk psykologisk rådgiver (PP-rådgiver) må gjøre oversettelsesarbeidet. Utfordringen da blir å være stadig oppdatert i BUP-tilstandene¹¹, som på en måte blir å ha en fot innenfor BUP, og samtidig være tilgjengelig for de som trenger veiledning, som å ha en fot utenfor BUP. Norges løsning på dette gjennom opprettelsen av Nic Waals Institutt, var at pedagoggruppen ble en del av BUP. Veiledning til barnehage og skole, vil for mange kliniske pedagoger fungere som et bidrag i behandlingen av pasienten og er derfor meget viktig i den videre oppfølgingen av pasienten av BUP. Da er det viktig å huske på at god veiledning krever veiledningskompetanse, noe pedagoggruppen oftest er best rustet til, særlig ut fra spesialpedagogutdanningen.

Videre ønsker jeg å drøfte både *veiledning i barnehagen/skolen*, «*brannsløkking*» i *barnehagen/skolen* og *proaktive samtaler med barnehagen/skolen* i lys av den utviklingsøkologiske modellen. Siden alle 3 arbeidsoppgavene er ulike innfallsporier til samtaler med og veiledning av barnehagen/skolen, trenger de klinikere som skal utføre oppgavene bred kunnskap om pasientens systemnivåer, jamfør modellen, i forhold til barnehagen/skolen som oppvekst-arena. Tidligere drøftet jeg betydningen av klinikerens erfaring og kunnskap om hva som påvirker barnehagen/skolen som mikrosystem for pasienten, ved de oppgaver som pedagoggruppen gjør mest av i utredningen. Likeså viktig er det vedrørende disse 3 nevnte oppgavene å vite hva som påvirker mikrosystemet og hva som kan endre mikrosystemene i positiv retning, når klinikerer skal veilede læreren. Klinikerer må ta høyde for relasjonene og aktivitetene som pasienten møter med andre mennesker, ting eller symboler i ulike barnehage-/skolesituasjoner (Bronfenbrenner, 1977, 1979), når veiledningen skal ta utgangspunkt i pasientens vansker og ressurser. Ofte krever endringer i form av tiltak i barnehage/skole, et systemorientert perspektiv. Dette betyr at barnehagen/skolen gjør tiltak ut fra de vansker aktuell pasient strever med, som får positive konsekvenser for alle barna/ungdommene. Et konkret eksempel kan være tydeligere og mer avgrensede beskjeder, fordi en elev (pasient ved BUP) som nylig har fått diagnosen ADHD strever med arbeidsminnet og prosesseringshastighet. Endringen vil likevel komme alle elevene til gode, og endrer således på mikrosystemet i et systemorientert perspektiv. Mesosystemet er også viktig i veiledningssammenheng fordi pasienten påvirkes av det forhold

¹¹ Med *BUP-tilstander* mener jeg de tilstander og diagnoser som BUP har mandat til å sette og beskrive etter en utredning. En samlebetegnelse for psykiske- og nevrobiologiske lidelser.

som er mellom ulike mikrosystemer (Bronfenbrenner, 1979), her gjelder spesielt mellom skole og hjem. Jeg har selv erfart vanskelige skole-hjem samarbeid, som gjør det utrolig vanskelig for BUP å gjøre god behandling generelt. For eksempel kan det gi lite nytteverdi om BUP går inn som aktiv veileder i familien, gjerne gjennom en familieterapeut, om ikke BUP tar høyde for at barnehagen/skolen eventuelt gjør motstridende tiltak og et samarbeid mellom disse mikrosystemene avklarer dette. Noen ganger kan det holde med samarbeidsmøter (omtalt senere i dette kapittelet), men ofte kan det være nyttig at BUP stiller tverrfaglig i behandlingen. For eksempel kan kliniske pedagoger/spesialister i klinisk pedagogikk veilede barnehage/skole ut fra en behandlingsplan, og de andre faggruppene supplere behandlingen ut fra hvor utfordringene ligger; samspill i familien, medisinerer, individrettet psykoterapi for å nevne noe. Dette for å ivareta flere mikrosystemer samtidig, og ta høyde for mesosystemet i den utviklingsøkologiske modellen. Eksosystemet rundt pasienten setter krav til veiledningen av barnehage/skole, ettersom man må ta høyde for den indirekte påvirkningen andre steder, hendelser, mikrosystemer har på pasienten som selv ikke møter disse direkte (Bronfenbrenner, 1979). Selv har jeg erfart å måtte endre på veiledningen til lærere ettersom jeg er blitt klar over hvilken bakgrunn lærerne har. Konkrete eksempler er når jeg veileder en lærer om hvordan han/hun tilnærmer seg pasientens vansker, og denne læreren selv har hatt skoleutfordringer, vært pasient ved BUP eller vært tatt hånd om av barnevernet i sin barndom. Spesialpedagogiske virkemidler sammen med klinisk pedagogisk tenkning, blir enda viktigere i veiledningen, for både å øke lærerens forståelse, samspill og gode didaktiske tilnærminger til pasienten som strever. Makrosystemet krever mye erfaring innen barnehage/skole og kompetanse innen pedagogikk for å kunne ta høyde for systemet i veiledningen til pasientens lærere. Det kan virke uvesentlig for en spesialisthelsetjeneste å bry seg om dette, men jeg har erfart selv hvor ofte dette systemnivået spiller en rolle i veiledningen til barnehage/skole. Grunnen til det er at barnehage-/opplæringsloven, kommunens egne retningslinjer, barnehagens/skolens kultur, skrevne og uskrevne regler for å nevne noen eksempler på makrosystemer, setter rammer for hva jeg kan forvente av endring rundt pasienten (Bronfenbrenner, 1979). Konkrete eksempler kan være rektorer som er mer opptatt av å få budsjettet i havn enn at pasienten får den tilrettelegging han/hun trenger for å øke trivsel og læring i skolen. Eller skoler som har en «ukultur» for visse oppdragelsestiltak, noe jeg av og til møter på i veiledning av skoler, for eksempel innlåsing av elever med atferdsvansker. Grunnen til at erfaring og kompetanse innen pedagogikk blir viktig, er at BUP av og til må «slåss» for pasientene og pårørende på et høyere nivå ut fra barnehage-/skolesituasjonen. Det hender jeg har veiledning både med rektor og lærer samtidig, og da tas

ofte pasientens rettigheter i forhold til opplæringsloven opp i møtet. Noen ganger melder BUP bekymring om lærerens eller rektorens håndtering av barnets/ungdommens psykiske helse (og hva det måtte innebære av utfordringer) enda høyere opp i systemet (innen kommunen eller fylkesmannen). Det hender også at BUP anbefaler bytte av skole, fordi alle systemnivåene i den utviklingsøkologiske modellen innebærer negative forhold for pasientens trivsel og læring. Situasjonen kan være så låst at det er like greit å etablere nye systemnivå rundt pasienten når det gjelder skole. Hele dette avsnittet synes jeg forteller om hvor viktig det er at veiledning til barnehage/skole vedrørende BUP-tilstander, tilbys av klinikere som har bred erfaring fra barnehage/skole, og både kompetanse innen spesialpedagogikk og videreutdanning innen klinisk pedagogikk.

Språkkartlegging mener informantene at pedagoggruppen gjør i hele 75 % av de tilfellene teamene har av denne oppgaven. Egentlig er det ofte en forutsetning at språkkartleggingen er ferdig og gjort av skolen selv eller PPT, før henvisning til BUP for at BUP skal ta imot henvisninger fra 1.linjen. Eksempelvis avtalen BUP ved St.Olavs Hospital har med Trondheim kommune. Men når dette ikke er gjort, eller man tidligere ikke har hatt mistanker om språkvansker, er det ofte lettere for pedagoggruppen å gjøre den type kartlegging av pasienten om dette blir en hypotese gjennom utredningen. I de fleste spesialpedagogutdanninger er språkvansker en del av utdanningen, derfor har som regel pedagoggruppen i BUP kompetanse innen dette området. Språkvansker er viktig å ta høyde for, fordi vanskene kan påvirke andre vansker som pasienten strever med og er henvist til BUP for. Språkvansker kan ofte være en differensialdiagnose, noe som betyr at teori og diagnosehåndbøker angående en spesifikk diagnose, tar høyde for at pasienten ikke både kan ha språkvanske og den spesifikke diagnosen samtidig. Språkvansken utelukker med andre ord den spesifikke diagnosen. I den senere tid, er språkvanske blitt mer vanlig som en komorbid lidelse til flere diagnoser som man tidligere anså som differensialdiagnoser. BUP trenger pedagoggruppen til å kunne fatte mistanker om språkvansker, utrede for språkvansker og bidra i diagnostisk drøfting når pasienten både har tegn på språkvansker samtidig som drøftingen er rundt andre diagnoser.

Pedagoggruppen som terapeuter

Noen få informanter, n = 2, nevner enda en mulig arbeidsoppgave som muligens gjøres mest av pedagoggruppen og således kan være fagspesifikk. Det nevnes *Pedagogisk terapi* som disse få informantene mener gjøres 100 % av pedagoggruppen, men siden dette ikke ble sjekket av de resterende informantene og kun nevnt i et åpent spørsmål – er det ikke mulig i

dette forskningsprosjektet å slå fast hyppigheten eller om det bare er pedagoggruppen som bruker denne type terapi. Kreyberg (2009) nevner riktignok denne arbeidsoppgaven som en av de terapeutiske oppgavene spesialister i klinisk pedagogikk gjør, men det kan virke som om det er en terapiform som holder på å dø ut. Den er ikke med i dagens spesialistutdanning (r-bup.no, 2014).

De kliniske pedagogene som er under spesialisering, må velge en terapiform som skal være med å bidra til økt behandlingskompetanse ved den poliklinikken de jobber.

Terapikompetansen er en del av spesialiseringen. For tiden kan man velge mellom familierapi, kognitiv atferdsterapi, psykoterapi og sped- og småbarns psykiske helse. Disse terapiene skal i hovedsak dekke størsteparten av behovet og anbefalingene til BUP (r-bup.no, 2014). Disse terapiformene er ikke fagspesifikke, og kan således læres av alle faggruppene som skal drive behandling i BUP. Det å ha behandlingskompetanse øker kvaliteten til pedagoggruppen som klinikere, og gjør at de også står på to stødige ben (les: fagtradisjoner). Et ben står i barne- og ungdomspsykiatrien, og det andre i spesialpedagogikken. Kreyberg (2009) fant i sin studie at pedagoggruppen i sin behandling av pasientene bruker erfaringen og kompetansen om barnehage-/skolearenaen, hva som er aldersadekvat og ikke, og sammenhengen mellom mestringskompetanse, endringskompetanse og pasientenes psykiske helse. Kreyberg (2009) beskriver mestringskompetanse og endringskompetanse om det jeg selv ville kalt å se muligheten for mestring og endring, og hennes funn om at pedagoggruppen har grunnleggende kompetanse i dette på bakgrunn av spesialpedagogutdanningen og erfaringen i barnehage/skole synes å være rimelige.

Hertz (2011) mener at BUP med en forankring i det bio-psyko-sosiale vitenskapssynet kan påvirke pasientene til uante utviklingsmuligheter. Ved å ta høyde for de biologiske faktorene, de psykologiske faktorene og de sosiale faktorene som mer enn summen av enkeltdelene, som heller et samspill gjennom tverrfaglige tilnærminger, har BUP nøkkelen til å se en forandring hos pasientene ifølge Hertz (2011). Med en slik bakgrunnsforståelse, blir det viktig for BUP å være tverrfaglig i behandlingen og også terapiene. Med andre ord er det ikke vanskelig å slå fast at pedagoggruppen er en viktig faggruppe også i terapiene BUP tilbyr sine pasienter.

Når den terapeutiske kompetansen inntreffer oppå de fordeler pedagoggruppen har av erfaring og kompetanse innen spesialpedagogikk, gjør dette at pedagoggruppen både vil være en viktig brikke i utredningsarbeidet, og en viktig brikke i behandlingsarbeidet i BUP.

Siden pedagoggruppen, først og fremst spesialistene i klinisk pedagogikk, bruker terapiformer som behandling av sine pasienter, kan nok dette være med å forklare hvorfor pedagoggruppen er å finne blant mange av de andre arbeidsoppgavene i Figur 6a. Alle terapiene som er nevnt i figuren kan inneha forskjellige terapiformer, hvor også leketerapi kan ha sin bakgrunn i sped- og småbarns psykiske helse, jamfør de terapiformer som tilbys i spesialistutdanningen pr i dag (r-bup.no, 2014). Psykologgruppen er den faggruppen som gjør mest behandling i form av terapier ifølge informantene, noe som virker naturlig siden terapi er en del av grunnutdanningen til psykologene. Ikke bare pedagoggruppen spesialiserer seg innen terapiformer, både legegruppen og sosionomgruppen gjør det samme og har følgelig mange oppgaver innen terapeutisk behandling i BUP.

Andre oppgaver pedagoggruppen gjør

Man ser av Figur 6a at pedagoggruppen også gjør relativt mye av *familieveiledning* og *lekeobservasjon*. Familieveiledning ligger som en implisitt oppgave allerede fra grunnutdanningen som barnehagelærer eller skolelærer, samt også som PP-rådgiver. Grunnen til det er at de tre nevnte profesjonene må hjelpe foreldre i mange skolerelaterte sammenhenger, og noen ganger på bakgrunn av bekymring sende meldinger videre til PPT og/eller barnevern. Lekeobservasjon vil for mange i pedagoggruppen, særlig tidligere barnehagelærere, være like naturlig som en barnehage-/skoleobservasjon. Lekeobservasjoner gjøres ofte på lekerom i poliklinikken, med blant annet muligheter for å observere atferd, uttrykksmåte, tilnærming til andre og også samspill. Innenfor denne tilnærmingen finnes mange ulike metoder som man kan kurse seg innen, slik som mange klinikere innen alle faggruppene i BUP gjør.

Evnetester er som regel en del av psykologutdanningen. Derfor er det naturlig at det er flest psykologer som gjør denne del-utredningen i BUP. Likevel er det mange spesialpedagogutdanninger som innehar evnetest-sertifisering som en del av utdanningen, dog ikke alle. Derfor er det nokså mange fra pedagoggruppen som gjør evneutredning i BUP.

Noen informanter mener at pedagoggruppen både har *diagnoseansvar* og foretar *medisinutprøving*. Det er vanskelig å vite hva informantene legger i det, og tolkning her gjøres med forsiktighet. Her kan likevel historier trekkes frem som man har hørt om i BUP, hvor det noen steder av ulike årsaker er kliniske pedagoger som setter diagnoser og foretar medisinutprøvingen/justeringen. Her kan det være snakk om ressursmangel eller rekrutteringsvansker innen legegruppen. Uansett årsak er det ikke tillatt for pedagoggruppen å gjøre disse arbeidsoppgavene; fordi våre helsemyndigheter har bestemt at kun overleger og

psykologspesialister skal kunne sette diagnoser i BUP, og kun legegruppen kan prøve ut medisiner på BUP sine pasienter. Egentlig er det slik at kun overleger kan skrive ut resepter for A-preparat (som for eksempel ADHD-medisin), men det er ikke uvanlig at leger i spesialisering får godkjenning av Statens Helsetilsyn til å gjøre det (Statens forvaltningstjeneste, ODIN-redaksjonen, 1997; Myhr, 2013). Forutsetningen er selvsagt at de som har medisinansvar har medisinutdanning, autorisasjon og lisens for dette. Kliniske pedagoger har sjeldent det, for ikke å si aldri, om ikke noen har en dobbel utdanning.

Anamnese kan se ut til å ha blitt en generalistoppgave i BUP, fordi det gjøres ifølge Figur 6a omtrent likt av alle faggruppene. Dette på tross av at det ved Nic Waals Institutt var regnet for å være en sosionomoppgave i begynnelsen (Moe, 2003). Det finnes også mange andre generalistoppgaver i BUP, som for eksempel det å ha ansvaret for saksgangen i BUP (saksansvar), journalskriving (og eventuell gjennomgang) frem mot diagnostisk vurdering, mange ulike kartleggingsverktøy som ikke regnes å være fagspesifikke i BUP Norge, inntakssamtaler, samtaler underveis i utredningen, avslutningssamtaler, oppfølgingsamtaler i form av samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter (med foreldre, pasient, skole og andre instanser) epikriseskriving og utskriving.

Samarbeidsmøter og ansvarsgruppemøter nevnt over kan lett ansees å være typiske pedagogoppgaver, selv om det også er vanlig å anse disse oppgavene som generalistoppgaver, etter min erfaring. Det er likevel noen ganger oppfølgingen i samarbeidsmøter og/eller ansvarsgruppemøter kan kreve noe ekstra kunnskap som arena-kompetanse, spesialpedagogiske tiltak/veiledning, didaktiske tips og råd med mer – som kan føre til at saksbehandler som ikke tilhører pedagoggruppen ønsker en klinisk pedagog/spesialist i klinisk pedagogikk med på møtet. Disse oppgavene ble ikke med i tverrsnittundersøkelsen, og det er følgelig ikke mulig å måle hvem som gjør mest av disse oppgavene. Likevel er det av egen erfaring jeg nevner disse, hvorpå jeg kan tenke meg at disse oppgavene i noen sammenhenger gjøres litt oftere av pedagoggruppen enn andre faggrupper, men samtidig er det ikke nødvendig med en klinisk pedagog på alle møtene.

Holdning til pedagoggruppen

Generelt oppfatter jeg informantene i tverrsnittundersøkelsen til å ha god holdning til pedagoggruppen. Dette vises i gjennomsnittene til hver enkelt variabel som varierer mellom 4,54 og 5,29 på en skala fra 1 til 6, hvor 1 tilsvarer helt uenig og 6 tilsvarer helt enig (se side

37). Også det sammensatte målet viser et høyt gjennomsnitt på 35,12 på en skala fra 7 til 42, hvor 7 tilsvarer helt uenig og 42 helt enig. Samtidig virker det som om de fleste av informantene ikke mener at pedagoggruppen burde regnes som en generalist i tilnærmingen til pasientene, hvor det sammensatte målet viser et gjennomsnitt på 4,46 på en skala fra 2 til 12, hvor 2 tilsvarer helt uenig om generalist og 12 tilsvarer helt enig om generalist. Særlig hyggelig er det å finne det høyeste gjennomsnittet i det sammensatte målet; holdning til pedagoggruppen, på variabelen som måler om informantene finner pedagoggruppen som nyttig for de andre ansatte i BUP. Faggruppene er nokså enige om god holdning til pedagoggruppen generelt sett, selv om det er funnet signifikante forskjeller mellom faggruppene hvor forskjellen har en effektstørrelse på $\omega = ,26$. Den signifikante forskjellen ligger mellom sosionomgruppen og andre faggrupper, hvor sosionomgruppen har det høyeste gjennomsnittet på holdning til pedagoggruppen av de to gruppene.

Jeg tolker disse funnene til å bety at informantene verdsetter de oppgavene og rollen pedagoggruppen har i BUP, og at kanskje spesielt sosionomgruppen anerkjenner pedagoggruppens rolle. Både pedagoggruppen og sosionomgruppen har i sin utdanning fellestrekk innen tema som psykologiske perspektiv på oppvekst, utvikling, miljø og sosialisering, for å nevne noen. Disse to faggruppene har vært ansett som viktige bidragsytere i BUP helt siden Nic Waal innførte fagene i barne- og ungdomspsykiatrien, men samtidig har de to faggruppene spesielt vært litt bekymret for fremtiden i BUP i den senere tid. Grunnen til det er at psykologgruppen og legegruppen er forankret i BUP gjennom å ha diagnoseansvar, i motsetning til de to andre nevnte gruppene. Kanskje har fagprofesjonskampen dreid seg mye om at pedagoggruppen og sosionomgruppen aldri har fått medhold i ønsket om at fagprofesjonene inngår i autorisasjonsordningen for helsepersonell og følgelig heller ikke kan bruke beskyttet tittel i sitt arbeid i BUP (Helsedirektoratet, 2012). En annen utfordring for spesielt sosionomgruppen, som også noen i pedagoggruppen har uttrykt bekymring for, er at kliniske sosionomer og enkelte pedagoger ved naturlig avslutning (som for eksempel går av med pensjon) blir erstattet av psykologer og/eller leger. Dette ser ikke ut til at det skjer over hele landet, men mitt inntrykk er at enkelte helseforetak gjør det i større grad enn andre. Det er mulig at sosionomgruppen har et håp om felles forståelse med pedagoggruppen, og at dette har en innvirkning på at sosionomgruppen ligger med et høyere gjennomsnitt på holdning til pedagoggruppen enn de andre. Men om det er slik i virkeligheten, vites ikke.

Pedagoggruppen sine holdninger til sosionomgruppen, legegruppen og psykologgruppen ble også testet. I denne undersøkelsen virker det som om pedagoggruppen har en generell god

holdning til de andre faggruppene, og det ble ved en signifikanstest ikke funnet spesielle forskjeller på pedagoggruppens holdninger til de forskjellige faggruppene. Ved en sammenlikning av gjennomsnittene ser man at pedagoggruppen har lavest gjennomsnitt for holdning til sosionomgruppen, og høyest gjennomsnitt for holdning til legegruppen. Men forskjellene er som sagt så små at de antakelig er ubetydelige. Jeg tolker dette dit hen at pedagoggruppen ser at de andre tre faggruppene er viktige i BUP, og ønskelig for en fortsatt god tverrfaglig tilnærming.

Nødvendigheten og bruken av pedagoggruppen i BUP

Det sammensatte målet for nødvendigheten av pedagoggruppen i BUP måler et gjennomsnitt på 16,61 på en skala fra 4 til 24, hvor 4 tilsvarer helt uenig og 24 tilsvarer helt enig. Her ble informantene delt opp i faggruppene for å teste eventuelle signifikante forskjeller i mellom disse, noe som ble funnet. Pedagoggruppen mente selv at de var mer nødvendig i BUP, enn resterende faggrupper. Noe som for så vidt var forventet. Sosionomgruppen var nokså enig med pedagoggruppen, som kan sees både ved å sammenlikne gjennomsnittene mellom de to gruppene og i signifikanstesten. Det er legegruppen og psykologgruppen sine gjennomsnitt som ligger lengst unna pedagoggruppens gjennomsnitt for nødvendigheten av å ha pedagoggruppen i BUP. Igjen kan det virke som om sosionomgruppen har en forståelse og tilnærming til pedagoggruppen som er noe ulik på grunn av bedre holdning og syn om nødvendighet, enn de to andre faggruppene.

Jeg tolker funnene og analysene slik at det helt klart er en del av informantene, flest fra legegruppen og psykologgruppen, som ser muligheten til at pedagogoppgaver kunne vært løst uten å ha pedagoggruppen i BUP. For eksempel at oppgavene ble løst av PPT, eller overgitt til legegruppen eller psykologgruppen i BUP. Jeg ser samtidig at selv om det er noen av informantene som mener dette, ligger gjennomsnittet såpass høyt også i legegruppen og psykologgruppen at flertallet av informantene mener pedagoggruppen er nødvendig som en del av det tverrfaglige teamet.

Det ble utført en korrelasjonsanalyse for å se om det er en sammenheng mellom holdningen til pedagoggruppen og synet på nødvendigheten av pedagoggruppen i BUP. Dette hang helt klart sammen. Det er for så vidt naturlig også å tenke at de som ikke ser nødvendigheten av å ha pedagoggruppen i BUP, derfor vil ha en dårligere holdning til pedagoggruppen. Likeledes omvendt; de som har dårlig holdning til pedagoggruppen, ser ikke nødvendigheten av faggruppen.

Bruken av pedagoggruppen i BUP ble målt gjennom et sammensatt mål, og fikk en gjennomsnitt på 9,33 på en skala fra 2 til 12, hvor 2 var helt uenig og 12 var helt enig. Det er et nokså høyt gjennomsnitt, og jeg kan bare tolke det dithen at pedagoggruppen blir godt brukt i de tverrfaglige teamene.

Jeg tror BUP i Norge har en fordel av å ha pedagoggruppen i barne- og ungdomspsykiatrien, fordi det gir en så naturlig bro mellom BUP og barnehagen/skolen som er en av de to naturlige oppvekstarenaene som barn og unge har. Den andre naturlige oppvekstarenaen er hjemmet hvor kliniske sosionomer og familieterapeuter har sin naturlige tilnærming. Legegruppen og psykologgruppen har dermed fordeler ved å etterspørre hjelp i form av kompetanse fra pedagoggruppen innen samme spesialisthelsetjeneste. De slipper å bestille hjelp i 1.linjen når BUP skal inn på arenaen barnehage/skole i utredningen eller behandlingen, noe som kommer pasientene til gode. BUP i Norge styrker etter mitt skjønn den holistiske tilnærmingen til pasientene, fremfor resten av verden som ikke har kliniske pedagoger ansatt i barne- og ungdomspsykiatrien. Jeg tror informantene i denne undersøkelsen, samlet sett, er enig.

Pedagoggruppens bidrag til det tverrfaglige BUP

Med bakgrunn i de funn og tolkninger beskrevet over om arbeidsoppgavene til pedagoggruppen, holdningene til pedagoggruppen og synet på nyttiligheten av å ha pedagoggruppen i BUP, synes jeg å se at informantene i denne tverrsnittundersøkelsen mener at pedagoggruppen er en viktig bidragsyter til den tverrfaglige tilnærmingen BUP har til sine pasienter. Med en blanding av arbeidsoppgaver som undersøker de biologiske faktorene, sosiale-/miljøfaktorene og de psykiske faktorene jamfør det bio-psyko-sosiale vitenskapssynet (Hertz, 2011), virker det som at i utredningsfasen er teamet i BUP avhengig av de fagprofesjonene som BUP stort sett består av (se statistikk over kliniske ansatte i BUP Norge på side 27). Bronfenbrenner tydeliggjorde også sent i sin karriere at mennesket ikke består av kun enten en biologisk arv eller en miljøpåvirkning (Bronfenbrenner, 1992). Skal BUP få en god holistisk forståelse for de pasientene som blir utredet, må BUP undersøke ulike utviklingsprosesser og utfallene som nettopp et fellesskap av person karakteristika og miljø karakteristika, med tiden som en viktig faktor. Hvilke biologiske og økologiske faktorer som evner, erfaringer, lærdom, medfødte skader, for å nevne noen, beskriver de menneskelige disposisjoner eller egenskaper? Hvordan er miljøet barnet/ungdommen oppholder seg i, eller

har vokst fram i? Svar på begge disse spørsmålene er avgjørende for diagnostikken i BUP. Da blir det vanskelig å se at de oppgavene pedagoggruppen gjør mest av, presentert tidligere, kunne vært utelatt samtidig som teamet skulle skaffe seg tilstrekkelig informasjon i den diagnostiske drøftingen. Særlig differensialdiagnostikken ville ha vært vanskelig, vansker som ofte 1.linjen har ansvar for. Dette er vansker som av og til kan forklare utfordringene for en del av de henviste pasientene i BUP, og som utfordrer mikrosystemnivået pasientene befinner seg i til forskjellige tider. Det kan være vansker som lese- og skrivevansker, språkvansker, generelle lærevansker, manglende barnevernstiltak, for å nevne kun noen få. Den diagnostiske drøftingen skal ifølge veilederen (Helsedirektoratet, 2008) som inneholder BUP sitt mandat, blant annet ta for seg pasientens funksjonsnivå, opplæringssituasjon, risikofaktorer og ressurser. De kliniske pedagogene har etter min vurdering, en meget sentral rolle i utredningen med førstehåndsinformasjon gjennom de arbeidsoppgavene pedagoggruppen gjør mest av, og derfor også en sentral rolle i den tverrfaglige diagnostiske drøftingen. For å kunne ha god kvalitet på førstehåndsinformasjonen innenfor de nevnte deloppdragene veilederen setter som krav i utredningen i BUP, må klinikerer som skal undersøke dette ha nødvendig kompetanse. Kompetansen synes å være spesialpedagogikk i samspill med barne- og ungdomspsykiatri, altså klinisk pedagogikk. Det er dessuten viktig at den diagnostiske drøftingen må være tverrfaglig slik som teammøtet også er når møtet setter opp utredningsplaner, og ikke flerfaglig. Grunnen til det er at fagprofesjonene møtes med viktig informasjon om pasienten fra hvert sitt fagfelt, og kun en felles forståelse av alle faggruppens informasjon vil kunne summeres til en diagnose eller en ikke-diagnose (Dahl, 2014; Seltzer, 2006). Nettopp det at den holistiske tilnærmingen til barn og unges utvikling, eventuelt utviklingsforstyrrelse, krever å undersøke for ulike utviklingsprosesser og utfallene som et fellesskap av person karakteristika og miljø karakteristika, gjør den tverrfaglige tilnærmingen enda mer nødvendig. Da er det ingen grunn til å ta bort faggrupper som i flere tiår har hatt en så betydningsfull rolle for diagnostikken i Norsk barne- og ungdomspsykiatri, men heller legge vekt på å utvide teamet til flere fagprofesjoner slik som poliklinikkveilederen legger opp til (Helsedirektoratet, 2008). Fag som kan bidra til økt forståelse i diagnostiseringen og dessuten forskning innen aktuelt fag knyttet til diagnoser som BUP har utredningsansvar for, bør være velkommen inn i BUP. Men dette krever samhandling, og mindre profesjonskamp. Bertelsen & Ulland (2010), Dahl (2014) og Seltzer (2006) mener det er mulig for BUP med alle de forskjellige fagprofesjonene å lykkes med en god utredning av pasientene. Det innebærer en samhandlende utredning som gjør at teamet sammen eier forståelsen for hypotesene, undersøkelsene, drøftingene og konklusjonene, slik

at ikke hver enkelt teammedlem eller kliniker innenfor én fagprofesjon sitter med kunnskapen alene. Med andre ord gjennom respekt, likeverd, demokratisk tenkning og med en utforskende, undrende og aktivt lyttende holdning, kan teamet bruke hverandres fagkompetanse til en større faglig og dermed kvalitetsmessig diagnosedrøfting.

Likeledes er det meget viktig for teamet i BUP å operere tverrfaglig i behandlingen av pasientene. Både de oppgavene pedagoggruppen gjør mest av i behandling av pasientene, og terapioppgavene som spesialistene i klinisk pedagogikk riktignok gjør mindre av i forhold til psykologgruppen, kan være av stor betydning for en del pasienter fordi de utføres av kliniske pedagoger. Dette samsvarer med de funn Kreyberg (2009) gjorde i sin undersøkelse om pedagoggruppens fordeler med erfaring og kompetanse innen barnehage, skole og spesialpedagogiske tilrettelegginger. Min egen erfaring er at de andre faggruppene i BUP setter pris på at pedagoggruppen innehar kompetanse rettet mot barnehage og skole, som gjør at de andre faggruppene kan overlate en del oppgaver, funksjoner og roller i behandlingen til pedagoggruppen. Dette er funksjoner og roller som de selv ikke kan gå inn på fordi det ikke berører godt nok deres eget fagfelt. Det kan være pedagoggruppens mulighet for å etterlyse de riktige tiltak av lærere, spesialpedagoger og PP-rådgivere. Det kan være pedagoggruppens mulighet for veiledning til de ovenfor nevnte fagpersonene, da spesielt med å være oppdatert på BUP-tilstander. Det kan også være bevisstgjøring av pasienter i forhold til hvor viktig skolen er både i forhold til sosialisering, trivsel og læring. Ikke minst å løse pasienter og deres pårørende gjennom de systemene som finnes av hjelpetiltak i barnehagen/skolen og rundt barnehagen/skolen.

Det synes fornuftig av Undheim (2002) å kalle spesialistene i klinisk pedagogikk «utenriksministere» på vegne av BUP. Tidligere i kapittelet har jeg drøftet verdien av at BUP har pedagoggruppen i poliklinikken for å kunne gjøre et utrednings- og behandlingsarbeid med god kvalitet. Pedagoggruppen har et øye ut av poliklinikken i undersøkelsene og behandlingen på det som foregår i livet til pasientene, spesielt rettet mot skolen. Kreyberg (2009) kaller dette «å se ut». Når pedagoggruppen er på en av de to viktige oppvekstarenaene pasientene har; barnehagen/skolen, og oppleves som «utenriksministere», blir det viktig å se etter pasientenes opplevde behov for endring og deres endringspotensial som Kreyberg (2009) kaller det «å se inn». Ved å være «utenriksministere» tilfører pedagoggruppen det tverrfaglige teamet stadig oppdatert kunnskap om det som foregår «ute» i barnehagen/skolen, som kan ha positiv innvirkning på BUP sin holdning, tilnærming og håndtering av pasienter, pårørende og samarbeidspartnere.

Avslutning

Ut ifra problemstillingen, forskningsspørsmålene og drøftingen i dette forskningsprosjektet vil jeg her oppsummere hovedfunnene. Jeg mener det er belegg for å si hva som er typiske arbeidsoppgaver fra pedagoggruppen for å ivareta BUP poliklinikk sitt tverrfaglige mandat, selv om man skal være forsiktig i den skjønnsmessige generaliseringen. Ut fra denne studien er det særlig 7 arbeidsoppgaver som peker seg ut, beskrevet og drøftet på side 45-51.

Holdningene til pedagoggruppen av de øvrige ansatte i BUP poliklinikker virker å være god. Informantene, med unntak av pedagoggruppen, er mer spørrende til om oppgavene til pedagoggruppen kunne vært gjort av andre enn pedagoggruppen i BUP.

I dette forskningsprosjektet har informantene vært kliniske ansatte med forskjellig fagbakgrunn i poliklinikker i BUP i hele Norge. Et fremtidig forskningsprosjekt kunne tatt for seg noe av de samme forskningsspørsmålene, men hvor populasjonen kunne vært BUP sine samarbeidspartnere, særlig pedagogisk personell i barnehage/skole/PPT. Hvor nødvendig er det for eksempel for pedagogisk personell i barnehage/skole å møte på kliniske pedagoger/spesialister i klinisk pedagogikk for å få veiledning med god kvalitet? Et annet fremtidig forskningsprosjekt kunne være å sammenlikne BUP poliklinikker som har pedagoggruppen som en av profesjonene i det tverrfaglige teamet, med poliklinikker som ikke har det. Er det noen av retningslinjene til poliklinikkveilederen for BUP som det ville bli vanskelig eller umulig å gjennomføre for BUP uten pedagoggruppen?

Jeg tror drøftingen i dette forskningsprosjektet er inne på svarene for de to ovenstående spørsmål, men svarer kanskje ikke godt nok alene på disse. Fremtidige forskningsprosjekt innen klinisk pedagogikk er derfor nødvendig. Det er foreløpig for lite forskning innen dette norske fenomenet med å ha kliniske pedagoger og spesialister i klinisk pedagogikk i barne- og ungdomspsykiatrien. Jeg håper dette forskningsprosjektet er med på å bane vei for flere i fremtiden.

Jeg håper også dette forskningsprosjektet åpner opp for drøftinger i forkant av valg som skal tas fremover om hvilke faggrupper barne- og ungdomspsykiatrien bør bestå av. Dette forskningsprosjektet kan være med på å belyse pedagoggruppens plass i det tverrfaglige teamet i BUP, historisk sett og for fremtiden.

Referanser

- Bertelsen, B., & Ulland, D. (2010, 2). Kunnskapssyn og etikk i psykisk helsearbeid. *Tidsskriftet for psykisk helsearbeid*, ss. 121-129.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Lewinian space and ecological substance. I U. Bronfenbrenner, *Making human beings human. Bioecological perspectives on human development*. (2005) (ss. 41-49). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). The developing ecology of human development: Paradigm lost or paradigm regained. I U. Bronfenbrenner, *Making human beings human. Bioecological perspectives on human development*. (2005) (ss. 94-105). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. I U. Bronfenbrenner, *Making human beings human. Bioecological perspectives on human development*. (2005) (ss. 106-173). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Bronfenbrenner, U. (1993). Heredity, environment and the question "how": A first approximation. I U. Bronfenbrenner, *Making human beings human. Bioecological perspectives on human development*. (2005) (ss. 174-184). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. I U. Bronfenbrenner, *Making human beings human. Bioecological perspectives on human development*. (2005) (ss. 3-15). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Bø, I., & Ertesvåg, S. K. (2006, 3). Gjensyn med Urie Bronfenbrenner etter hans «arbeidsdag» på 60 år. *Nordisk Pedagogikk: Nordic studies in education*, ss. 258-274.
- Cicchetti, D. (2002). How a child builds a brain: Insights from normality and psychopathology. I W. W. Hartup (red), & R. A. Weinberg (red), *Child psychology in retrospect and prospect. In celebration of the 75th anniversary of the institute of child development. The minnesota symposia on child development*. (ss. 23-71). Rochester, New York (kapittel skrevet) / Mahwah, New Jersey (bok utgitt): Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Dahl, A. A., & Ringen, P. A. (2002, Vol. 122). Modeller og trender i psykiatri: bør nevrologi danne en felles basis? *Tidsskrift for den Norske lægeforening*, ss. 2024-2027.
- Dahl, K. (2014). Samhandling - gevinst eller tap? I Ø. Ballo (red), K. Dahl (red), I. S. Fjeld (red), J. A. Knutsen (red), & M. E. Unstad (red), *Samhandling. Gevinst eller tap?* (ss. 17-42). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Dahl, U., Lauvås, T., & Overvik, H. (2011). *Revidering av Barnepsykiatrisk pedagogisk observasjon i BUP-klinikk. Intern skriftserie 3-2011*. Trondheim: St.Olavs Hospital. Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk.
- Duve, A.-M. (u.d.). *AMS Testen. En barnepsykiatrisk pedagogisk observasjon*. Antakelig utgitt ved Nic Waals Institutt på slutten av 1960-tallet.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics, 4th edition*. London: Sage Publications Ltd.
- Helsedirektoratet. (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. IS-1570*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker>
- Helsedirektoratet. (2012, 06). *Rundskriv IS-8/2012. Helsepersonelloven med kommentarer*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/207/Helsepersonelloven-med-kommentarer-IS-8-2012.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014, Februar). *Rapport IS-2138. Samhandlingsstatistikk 2012-13*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/620/Samhandlingsstatistikk-2012-2013-IS-2138.pdf>
- Hertz, S. (2011). *Barne og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter. (Norsk utgave)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Iversen, H. P. (2000). *Profesjonsmakt i barne- og ungdomspsykiatrien. Ein analyse av profesjonsmakt og endringar i profesjonelle relasjonar i barne- og ungdomspsykiatrien*. Molde: Høgskolen i Molde.
- Kleven, T. A. (2011). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering. 2.utgave*. Oslo: Unipub.

- kliniskpedagogikk.no. (2011). *Rammeplan - utdanning av spesialister i klinisk pedagogikk*. Hentet fra FKP Forening for klinisk pedagogikk:
http://kliniskpedagogikk.no/?page_id=60
- Kreyberg, E. (2009). *Terapeut og pedagog. En fokusgruppeundersøkelse der kliniske pedagoger drøfter verdien av sin pedagogiske kompetanse i klinisk terapeutisk arbeid*. Oslo: Masteroppgave i spesialpedagogikk ved Det utdanningsvitenskaplige fakultet, Institutt for Spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo.
- Larsen, S. (2011, 131). Barnepsykiatriens utfordringer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, ss. 112-113.
- Moe, E. (2003). *Nic Waals Institutt. Pioner og aktør i norsk barne- og ungdomspsykiatri gjennom 50 år*. Oslo: Nic Waals Institutt.
- Moe, E., & Sommerschild, H. (2005). *Da barnepsykiatrien kom til Norge : beretninger ved noen som var med*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Myhr, R. N. (2013, Mars 07). Hentet fra
<http://www.legemidlertilbarn.no/legemiddelinfor/helsepersonell/Documents/Medikamenter-barne-og-ungdomspsyk-2013.pdf>
- Næss, P. (2012). Introduksjon til boka: Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri. I E. Bjarkø (red), E. Bjørnstad (red), E. Sponheim (red), & I. Spurkland (red), *Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri. Utvikling - forvikling - avvikling. Monografiserien Rapport nr 30 - 2012*. (ss. 7-8). Oslo: Oslo Universitetssykehus HF. Senter for psykisk helse barn og ungdom. Forskningsenheten psykisk helse barn og ungdom.
- r-bup.no. (2014). *Spesialistprogrammet 2015-2017*. Hentet fra Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør: [http://www.r-bup.no/CMS/cmspublish.nsf/\\$all/675427D90BB9A356C1257CF600413EF8](http://www.r-bup.no/CMS/cmspublish.nsf/$all/675427D90BB9A356C1257CF600413EF8)
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode, 3.utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ropstad, I. (2006). Et overblikk. I I. Halvorsen, I. Ropstad, B. R. Rund, & W. J. Seltzer (red), *Foreldre og fagfolk i samspill. Behandling av psykiske vansker hos barn og unge*. (ss. 11-16). Stavanger: Hertervig Forlag & Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

- Seltzer, W. J. (2006). Flerfaglig integrering av forskning og klinisk praksis. I I. Halvorsen, I. Ropstad, B. R. Rund, & W. J. Seltzer (red), *Foreldre og fagfolk i samspill. Behandling av psykiske vansker hos barn og unge*. (ss. 17-38). Stavanger: Hertervig Forlag & Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Sirnes, T., Willumsen, E., & Ødegård, A. (2014). Nye samarbeidsformer - et samfunnsoppdrag. I E. Willumsen, & A. Ødegård (red), *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag* (ss. 19-29). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- SNL. (2012). *Ego - psykologi*. Hentet fra Store Norske Leksikon:
<https://snl.no/ego%2Fpsykologi>
- SNL. (2014a). *Id i psykoanalysen*. Hentet fra Store Norske Leksikon:
https://snl.no/id_i_psykoanalysen
- SNL. (2014b). *Superego*. Hentet fra Store Norske Leksikon: <https://snl.no/superego>
- Starheim, B. (1997). *Frihet eller frustrasjon. Observasjonsmetode i barnehagen. Nummer 4 i skriftserie fra Nic Waals Institutt*. Oslo: Nic Waals Institutt og Kommuneforlaget.
- Statens forvaltningstjeneste, ODIN-redaksjonen. (1997, Februar 14). *Meldingar til Stortinget*. Hentet fra Regjeringen.no:
https://www.regjeringen.no/nb/dokument/dep/hod/stmeld/19961997/st-meld-nr-16_1996-97/25/id191029/
- Undheim, A. (2002, 10). Klinisk pedagogisk arbeid i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. *Spesialpedagogikk*, ss. 36 - 40.

Vedlegg til *Resultater og analyser*-kapittelet

Fordi det er vanskelig å få alle resultater og analyser inn i kapittelet som omhandler nettopp det, ligger her utvidet informasjon i form av SPSS-utskrifter som vedlegg til forskningsprosjektet. Vedleggene inneholder ikke forklaringer utover hva slags tester som brukes, variabler som brukes, eventuelle faktorer og den informasjonen som følger utskriftene fra SPSS.

Vedlegg 1

SPSS-analyser som ligger bak Tabell 3 på side 35.

Enveis ANOVA-test for repeterte målinger.

Within-Subjects variabler (faktor1) for alle 7 ANOVA-testene:

1 = Pedagoggruppen, 2 = Psykologgruppen, 3 = Legegruppen, 4 = Sosionomgruppen og 5 = Andre faggrupper.

General Linear Model for B01 = Pedagogisk Observasjon

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Faggrupper	,004	743,334	9	,000	,310	,311	,250

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept

Within Subjects Design: Faggrupper

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Faggrupper	Sphericity Assumed	30809,980	4	7702,495	998,547	,000
	Greenhouse-Geisser	30809,980	1,238	24882,610	998,547	,000
	Huynh-Feldt	30809,980	1,244	24770,593	998,547	,000
	Lower-bound	30809,980	1,000	30809,980	998,547	,000
Error(Faggrupper)	Sphericity Assumed	4288,820	556	7,714		
	Greenhouse-Geisser	4288,820	172,112	24,919		
	Huynh-Feldt	4288,820	172,890	24,807		
	Lower-bound	4288,820	139,000	30,855		

Pairwise Comparisons

Measure: MEASURE_1

(I) Faggrupper	(J) Faggrupper	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	15,607 [*]	,591	,000	13,921	17,293
	3	16,850 [*]	,440	,000	15,593	18,107
	4	16,657 [*]	,473	,000	15,308	18,007
	5	17,043 [*]	,408	,000	15,880	18,206
2	1	-15,607 [*]	,591	,000	-17,293	-13,921
	3	1,243 [*]	,205	,000	,659	1,827
	4	1,050 [*]	,207	,000	,461	1,639
	5	1,436 [*]	,231	,000	,778	2,093
3	1	-16,850 [*]	,440	,000	-18,107	-15,593
	2	-1,243 [*]	,205	,000	-1,827	-,659
	4	-,193	,095	,444	-,464	,078
	5	,193	,098	,504	-,086	,472
4	1	-16,657 [*]	,473	,000	-18,007	-15,308
	2	-1,050 [*]	,207	,000	-1,639	-,461
	3	,193	,095	,444	-,078	,464
	5	,386 [*]	,110	,006	,072	,699
5	1	-17,043 [*]	,408	,000	-18,206	-15,880
	2	-1,436 [*]	,231	,000	-2,093	-,778
	3	-,193	,098	,504	-,472	,086
	4	-,386 [*]	,110	,006	-,699	-,072

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

General Linear Model for B02 = Observasjon i skole / barnehage

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: SkoleObs

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Faggrupper	,068	499,813	9	,000	,424	,427	,250

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept

Within Subjects Design: Faggrupper

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: SkoleObs

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Faggrupper	Sphericity Assumed	15694,687	4	3923,672	361,775	,000
	Greenhouse-Geisser	15694,687	1,694	9262,278	361,775	,000
	Huynh-Feldt	15694,687	1,708	9187,207	361,775	,000
	Lower-bound	15694,687	1,000	15694,687	361,775	,000
Error(Faggrupper)	Sphericity Assumed	8112,513	748	10,846		
	Greenhouse-Geisser	8112,513	316,867	25,602		
	Huynh-Feldt	8112,513	319,456	25,395		
	Lower-bound	8112,513	187,000	43,382		

Pairwise Comparisons

Measure: SkoleObs

(I) Faggrupper	(J) Faggrupper	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	6,963 [*]	,548	,000	5,406	8,520
	3	10,835 [*]	,406	,000	9,682	11,988
	4	9,707 [*]	,475	,000	8,359	11,056
	5	10,830 [*]	,434	,000	9,596	12,063
2	1	-6,963 [*]	,548	,000	-8,520	-5,406
	3	3,872 [*]	,236	,000	3,202	4,543
	4	2,745 [*]	,252	,000	2,029	3,461
	5	3,867 [*]	,264	,000	3,118	4,616
3	1	-10,835 [*]	,406	,000	-11,988	-9,682
	2	-3,872 [*]	,236	,000	-4,543	-3,202
	4	-1,128 [*]	,154	,000	-1,564	-,691
	5	-,005	,160	1,000	-,460	,449
4	1	-9,707 [*]	,475	,000	-11,056	-8,359
	2	-2,745 [*]	,252	,000	-3,461	-2,029
	3	1,128 [*]	,154	,000	,691	1,564
	5	1,122 [*]	,192	,000	,576	1,668
5	1	-10,830 [*]	,434	,000	-12,063	-9,596
	2	-3,867 [*]	,264	,000	-4,616	-3,118
	3	,005	,160	1,000	-,449	,460
	4	-1,122 [*]	,192	,000	-1,668	-,576

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

General Linear Model for B03 = Innhenting av info fra skole / barnehage

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: Skoleinfo

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Faggrupper	,151	346,333	9	,000	,483	,488	,250

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept

Within Subjects Design: Faggrupper

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: Skoleinfo

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Faggrupper	Sphericity Assumed	8751,929	4	2187,982	197,441	,000
	Greenhouse-Geisser	8751,929	1,932	4530,991	197,441	,000
	Huynh-Feldt	8751,929	1,952	4484,542	197,441	,000
	Lower-bound	8751,929	1,000	8751,929	197,441	,000
Error(Faggrupper)	Sphericity Assumed	8200,471	740	11,082		
	Greenhouse-Geisser	8200,471	357,341	22,949		
	Huynh-Feldt	8200,471	361,042	22,713		
	Lower-bound	8200,471	185,000	44,327		

Pairwise Comparisons

Measure: Skoleinfo

(I) Faggrupper	(J) Faggrupper	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	4,403 [*]	,522	,000	2,920	5,886
	3	7,554 [*]	,456	,000	6,259	8,849
	4	6,710 [*]	,467	,000	5,381	8,038
	5	8,651 [*]	,427	,000	7,437	9,864
2	1	-4,403 [*]	,522	,000	-5,886	-2,920
	3	3,151 [*]	,258	,000	2,416	3,885
	4	2,306 [*]	,255	,000	1,581	3,032
	5	4,247 [*]	,261	,000	3,506	4,989
3	1	-7,554 [*]	,456	,000	-8,849	-6,259
	2	-3,151 [*]	,258	,000	-3,885	-2,416
	4	-,844 [*]	,177	,000	-1,346	-,342
	5	1,097 [*]	,202	,000	,523	1,670
4	1	-6,710 [*]	,467	,000	-8,038	-5,381
	2	-2,306 [*]	,255	,000	-3,032	-1,581
	3	,844 [*]	,177	,000	,342	1,346
	5	1,941 [*]	,196	,000	1,385	2,497
5	1	-8,651 [*]	,427	,000	-9,864	-7,437
	2	-4,247 [*]	,261	,000	-4,989	-3,506
	3	-1,097 [*]	,202	,000	-1,670	-,523
	4	-1,941 [*]	,196	,000	-2,497	-1,385

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

General Linear Model for B04 = Proaktive samtaler med skole / barnehage

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: Proaktive_samtaler

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Faggrupper	,279	184,533	9	,000	,610	,621	,250

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept

Within Subjects Design: Faggrupper

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: Proaktive_samtaler

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Faggrupper	Sphericity Assumed	6820,988	4	1705,247	140,663	,000
	Greenhouse-Geisser	6820,988	2,439	2796,943	140,663	,000
	Huynh-Feldt	6820,988	2,483	2746,839	140,663	,000
	Lower-bound	6820,988	1,000	6820,988	140,663	,000
Error(Faggrupper)	Sphericity Assumed	7079,812	584	12,123		
	Greenhouse-Geisser	7079,812	356,055	19,884		
	Huynh-Feldt	7079,812	362,549	19,528		
	Lower-bound	7079,812	146,000	48,492		

Pairwise Comparisons

Measure: Proaktive_samtaler

(I) Faggrupper	(J) Faggrupper	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	3,429 [*]	,589	,000	1,749	5,109
	3	7,401 [*]	,489	,000	6,008	8,795
	4	6,524 [*]	,496	,000	5,110	7,937
	5	8,306 [*]	,483	,000	6,930	9,683
2	1	-3,429 [*]	,589	,000	-5,109	-1,749
	3	3,973 [*]	,347	,000	2,983	4,962
	4	3,095 [*]	,366	,000	2,052	4,139
	5	4,878 [*]	,375	,000	3,808	5,947
3	1	-7,401 [*]	,489	,000	-8,795	-6,008
	2	-3,973 [*]	,347	,000	-4,962	-2,983
	4	-,878 [*]	,215	,001	-1,492	-,264
	5	,905 [*]	,252	,004	,187	1,622
4	1	-6,524 [*]	,496	,000	-7,937	-5,110
	2	-3,095 [*]	,366	,000	-4,139	-2,052
	3	,878 [*]	,215	,001	,264	1,492
	5	1,782 [*]	,281	,000	,982	2,582
5	1	-8,306 [*]	,483	,000	-9,683	-6,930
	2	-4,878 [*]	,375	,000	-5,947	-3,808
	3	-,905 [*]	,252	,004	-1,622	-,187
	4	-1,782 [*]	,281	,000	-2,582	-,982

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

General Linear Model for B05 = "Brannsløkking" i barnehage/skole

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: Brannsløkking

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Faggrupper	,300	213,675	9	,000	,609	,618	,250

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept

Within Subjects Design: Faggrupper

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: Brannsløkking

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Faggrupper	Sphericity Assumed	7022,444	4	1755,611	168,060	,000
	Greenhouse-Geisser	7022,444	2,436	2882,257	168,060	,000
	Huynh-Feldt	7022,444	2,473	2840,183	168,060	,000
	Lower-bound	7022,444	1,000	7022,444	168,060	,000
Error(Faggrupper)	Sphericity Assumed	7479,556	716	10,446		
	Greenhouse-Geisser	7479,556	436,123	17,150		
	Huynh-Feldt	7479,556	442,583	16,900		
	Lower-bound	7479,556	179,000	41,785		

Pairwise Comparisons

Measure: Brannsløkking

(I) Faggrupper	(J) Faggrupper	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	2,272 [*]	,494	,000	,868	3,677
	3	6,489 [*]	,411	,000	5,320	7,657
	4	5,678 [*]	,418	,000	4,489	6,867
	5	7,422 [*]	,408	,000	6,263	8,582
2	1	-2,272 [*]	,494	,000	-3,677	-,868
	3	4,217 [*]	,294	,000	3,381	5,052
	4	3,406 [*]	,296	,000	2,565	4,246
	5	5,150 [*]	,302	,000	4,292	6,008
3	1	-6,489 [*]	,411	,000	-7,657	-5,320
	2	-4,217 [*]	,294	,000	-5,052	-3,381
	4	-,811 [*]	,187	,000	-1,343	-,279
	5	,933 [*]	,221	,000	,304	1,563
4	1	-5,678 [*]	,418	,000	-6,867	-4,489
	2	-3,406 [*]	,296	,000	-4,246	-2,565
	3	,811 [*]	,187	,000	,279	1,343
	5	1,744 [*]	,239	,000	1,066	2,423
5	1	-7,422 [*]	,408	,000	-8,582	-6,263
	2	-5,150 [*]	,302	,000	-6,008	-4,292
	3	-,933 [*]	,221	,000	-1,563	-,304
	4	-1,744 [*]	,239	,000	-2,423	-1,066

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

General Linear Model for B06 = Veiledning til barnehage/skole/PPT

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: Veiledning

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Faggrupper	,221	266,465	9	,000	,535	,541	,250

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept

Within Subjects Design: Faggrupper

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: Veiledning

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Faggrupper	Sphericity Assumed	6751,546	4	1687,887	168,636	,000
	Greenhouse-Geisser	6751,546	2,139	3156,171	168,636	,000
	Huynh-Feldt	6751,546	2,166	3117,101	168,636	,000
	Lower-bound	6751,546	1,000	6751,546	168,636	,000
Error(Faggrupper)	Sphericity Assumed	7126,454	712	10,009		
	Greenhouse-Geisser	7126,454	380,770	18,716		
	Huynh-Feldt	7126,454	385,543	18,484		
	Lower-bound	7126,454	178,000	40,036		

Pairwise Comparisons

Measure: Veiledning

(I) Faggrupper	(J) Faggrupper	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	2,799 [*]	,492	,000	1,400	4,198
	3	6,218 [*]	,438	,000	4,974	7,462
	4	5,682 [*]	,440	,000	4,432	6,931
	5	7,698 [*]	,399	,000	6,564	8,833
2	1	-2,799 [*]	,492	,000	-4,198	-1,400
	3	3,419 [*]	,268	,000	2,657	4,181
	4	2,883 [*]	,261	,000	2,142	3,624
	5	4,899 [*]	,261	,000	4,156	5,643
3	1	-6,218 [*]	,438	,000	-7,462	-4,974
	2	-3,419 [*]	,268	,000	-4,181	-2,657
	4	-,536	,190	,053	-1,076	,004
	5	1,480 [*]	,218	,000	,861	2,100
4	1	-5,682 [*]	,440	,000	-6,931	-4,432
	2	-2,883 [*]	,261	,000	-3,624	-2,142
	3	,536	,190	,053	-,004	1,076
	5	2,017 [*]	,201	,000	1,446	2,588
5	1	-7,698 [*]	,399	,000	-8,833	-6,564
	2	-4,899 [*]	,261	,000	-5,643	-4,156
	3	-1,480 [*]	,218	,000	-2,100	-,861
	4	-2,017 [*]	,201	,000	-2,588	-1,446

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

General Linear Model for B07 = Språkkartlegging

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: Språkkartlegging

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Faggrupper	,012	737,459	9	,000	,372	,374	,250

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept

Within Subjects Design: Faggrupper

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: Språkkartlegging

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Faggrupper	Sphericity Assumed	27115,493	4	6778,873	480,378	,000
	Greenhouse-Geisser	27115,493	1,486	18242,121	480,378	,000
	Huynh-Feldt	27115,493	1,497	18117,236	480,378	,000
	Lower-bound	27115,493	1,000	27115,493	480,378	,000
Error(Faggrupper)	Sphericity Assumed	9426,507	668	14,112		
	Greenhouse-Geisser	9426,507	248,233	37,975		
	Huynh-Feldt	9426,507	249,944	37,715		
	Lower-bound	9426,507	167,000	56,446		

Pairwise Comparisons

Measure: Språkkartlegging

(I) Faggrupper	(J) Faggrupper	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	11,167 [*]	,730	,000	9,091	13,242
	3	14,685 [*]	,445	,000	13,419	15,950
	4	14,696 [*]	,448	,000	13,423	15,970
	5	14,625 [*]	,508	,000	13,181	16,069
2	1	-11,167 [*]	,730	,000	-13,242	-9,091
	3	3,518 [*]	,345	,000	2,538	4,498
	4	3,530 [*]	,350	,000	2,534	4,526
	5	3,458 [*]	,408	,000	2,299	4,618
3	1	-14,685 [*]	,445	,000	-15,950	-13,419
	2	-3,518 [*]	,345	,000	-4,498	-2,538
	4	,012	,086	1,000	-,233	,257
	5	-,060	,198	1,000	-,623	,504
4	1	-14,696 [*]	,448	,000	-15,970	-13,423
	2	-3,530 [*]	,350	,000	-4,526	-2,534
	3	-,012	,086	1,000	-,257	,233
	5	-,071	,195	1,000	-,626	,483
5	1	-14,625 [*]	,508	,000	-16,069	-13,181
	2	-3,458 [*]	,408	,000	-4,618	-2,299
	3	,060	,198	1,000	-,504	,623
	4	,071	,195	1,000	-,483	,626

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Vedlegg 2

SPSS-analyser som ligger bak Tabell 8 på side 41.

Enveis ANOVA-test.

Avhengig variabel: Holdninger til pedagoggruppen.

Faktor: Informantene gruppert som faggrupper/informantgrupper.

ANOVA

Holdninger til pedagoggruppen

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	464,095	3	154,698	3,717	,014
Within Groups	4495,396	108	41,624		
Total	4959,491	111			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Holdninger til pedagoggruppen

Bonferroni

(I) Faggrupper	(J) Faggrupper	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Legegruppe	Psykologgruppe	-1,041	1,509	1,000	-5,10	3,01
	Sosionomgruppe	-4,183	2,266	,405	-10,27	1,91
	Andre faggrupper	5,829	2,759	,222	-1,59	13,24
Psykologgruppe	Legegruppe	1,041	1,509	1,000	-3,01	5,10
	Sosionomgruppe	-3,142	2,020	,737	-8,57	2,29
	Andre faggrupper	6,870	2,561	,051	-,01	13,75
Sosionomgruppe	Legegruppe	4,183	2,266	,405	-1,91	10,27
	Psykologgruppe	3,142	2,020	,737	-2,29	8,57
	Andre faggrupper	10,012 [*]	3,068	,009	1,76	18,26
Andre faggrupper	Legegruppe	-5,829	2,759	,222	-13,24	1,59
	Psykologgruppe	-6,870	2,561	,051	-13,75	,01
	Sosionomgruppe	-10,012 [*]	3,068	,009	-18,26	-1,76

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Vedlegg 3

SPSS-analyser som ligger bak test-rapporten på forskjeller mellom pedagoggruppens holdninger til de tre andre faggruppene på side 41.

ANOVA-test for repeterte målinger.

Within-Subjects variabler (faktor1): 1 = Holdninger til psykologgruppen, 2 = Holdninger til legegruppen, 3 = Holdninger til sosionomgruppen

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
Faggrupper	,816	13,864	2	,001	,844	,863	,500

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept

Within Subjects Design: Faggrupper

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

Tests of Within-Subjects Effects

Measure: MEASURE_1

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Faggrupper	Sphericity Assumed	133,914	2	66,957	3,706	,027
	Greenhouse-Geisser	133,914	1,689	79,307	3,706	,034
	Huynh-Feldt	133,914	1,726	77,573	3,706	,033
	Lower-bound	133,914	1,000	133,914	3,706	,058
Error(Faggrupper)	Sphericity Assumed	2493,419	138	18,068		
	Greenhouse-Geisser	2493,419	116,511	21,401		
	Huynh-Feldt	2493,419	119,114	20,933		
	Lower-bound	2493,419	69,000	36,137		

Multivariate Tests

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's trace	,070	2,555 ^a	2,000	68,000	,085
Wilks' lambda	,930	2,555 ^a	2,000	68,000	,085
Hotelling's trace	,075	2,555 ^a	2,000	68,000	,085
Roy's largest root	,075	2,555 ^a	2,000	68,000	,085

Each F tests the multivariate effect of Faggrupper. These tests are based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

a. Exact statistic

Pairwise Comparisons

Measure: MEASURE_1

(I) Faggrupper	(J) Faggrupper	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^a	95% Confidence Interval for Difference ^a	
					Lower Bound	Upper Bound
1	2	-,443	,565	1,000	-1,829	,943
	3	1,429	,726	,159	-,353	3,210
2	1	,443	,565	1,000	-,943	1,829
	3	1,871	,838	,086	-,185	3,928
3	1	-1,429	,726	,159	-3,210	,353
	2	-1,871	,838	,086	-3,928	,185

Based on estimated marginal means

a. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Se Within-Subjects variabler (faktor1) for forklaring til faggruppe 1, 2 og 3.

Velegg 4

SPSS-analyser som ligger bak Tabell 10 på side 43.

Enveis ANOVA-test.

Avhengig variabel: Syn på nødvendigheten av pedagoggruppen i BUP.

Faktor: Informantene gruppert som faggrupper/informantgrupper.

ANOVA

D09 Sumskåre komp 1

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	571,998	4	143,000	8,341	,000
Within Groups	3274,532	191	17,144		
Total	3846,531	195			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: D09 Sumskåre komp 1

Bonferroni

(I) A04 - gruppering	(J) A04 - gruppering	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Legegruppen	Psykologgruppen	,852	,938	1,000	-1,81	3,52
	Pedagoggruppen	-2,789*	,923	,029	-5,41	-,17
	Sosionomgruppen	-2,410	1,398	,863	-6,38	1,56
	Andre faggrupper	,952	1,756	1,000	-4,04	5,94
Psykologgruppen	Legegruppen	-,852	,938	1,000	-3,52	1,81
	Pedagoggruppen	-3,641*	,680	,000	-5,57	-1,71
	Sosionomgruppen	-3,263	1,250	,098	-6,81	,29
	Andre faggrupper	,100	1,641	1,000	-4,56	4,76
Pedagoggruppen	Legegruppen	2,789*	,923	,029	,17	5,41
	Psykologgruppen	3,641*	,680	,000	1,71	5,57
	Sosionomgruppen	,379	1,239	1,000	-3,14	3,90
	Andre faggrupper	3,741	1,633	,230	-,90	8,38
Sosionomgruppen	Legegruppen	2,410	1,398	,863	-1,56	6,38
	Psykologgruppen	3,263	1,250	,098	-,29	6,81
	Pedagoggruppen	-,379	1,239	1,000	-3,90	3,14
	Andre faggrupper	3,363	1,941	,848	-2,15	8,88
Andre faggrupper	Legegruppen	-,952	1,756	1,000	-5,94	4,04
	Psykologgruppen	-,100	1,641	1,000	-4,76	4,56
	Pedagoggruppen	-3,741	1,633	,230	-8,38	,90
	Sosionomgruppen	-3,363	1,941	,848	-8,88	2,15

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.